

# ALLMÄN MEDICIN

*Tidskrift för Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM)*



Öppen  
mottagning

5  
1990

Psykosomatik i  
praktiken

# Tillsammans blir vi starkare.



20 Tabl.

No. 1014

**Distalgesic**

Vnr. 17 36 09

**DISTA** Distalgesic Limited  
Basingstoke, England

## DISTALGESIC®

### Dextropropoxifen och paracetamol.

### Tillsammans ger de bättre smärtlindring\*

### Dosera 2 tabletter×3.

 **DISTA PRODUCTS LTD**

En division i Eli Lilly Sweden AB

Lindhagensgatan 132, Box 30037, 104 25 Stockholm, Telefon 08-13 02 50.

▲ **Distalgesic. Deklaration:** 1 tablett innehåller; Dextropropoxyphen. hydrochlorid. 32,5 mg, paracetamol. 0,325 g. **Egenskaper:** Dextropropoxyfenhydroklorid är ett centralt verkande analgetikum som vid upprepad dosering är ungefär ekvipotent med kodein. Paracetamol har analgetisk och antipyretisk effekt i samma storleksordning som acetylsalicylsyra. **Indikationer.** Användes vid smärtor av lätt till måttlig intensitet. **Försiktighet:** Nedsatt njur- eller leverfunktion. Preparatet bör ej förskrivas till patienter som missbrukar alkohol eller när missbruk av preparat med depressiv effekt på CNS kan misstänkas. Dextropropoxyfenmissbruk har beskrivits. Missbruksrisken anges vara lägre än med kodein. **Förpackningar:** Tabletter: Tryckpack 20 st, 50 st, 100 st. Burk 100 st.

\* För översikt se Beaver. W; Am J of Med; Sept 10; 1984



## Manus-stopp!

I tabellen nedan redovisas de datum som gäller för manusstopp till utgivningsåret 1990/91. Dessutom planerade utgivningsveckor. För att få fram tillfredsställande slutprodukter behövs minst 6 veckor mellan manusstoppdag och utgivningsvecka. I den här mellanperioden skall artiklarna sättas, korrekturläsas, rättas och korrekturläsas på nytt. Om proceduren skall hinnas med är det helt nödvändigt att författare respekterar manusstoppdagarna.

**Tabell:** Dagar för manusstopp samt planerade utgivningsveckor för *AllmänMedicin 1990/91*.

Nummer	Manus-stopp	Planerad utgivningsvecka
6/90	31/8-90	47
1/91	12/11-90	6
2/91	14/1-91	14
3/91	11/3-91	23

## ALLMÄN MEDICIN

Periodisk tidskrift för  
Svensk Förening för Allmänmedicin  
(SFAM)

**Ansvarig utgivare:**  
Ingvar Krakau

**Chefredaktör:**  
Anders Håkansson  
Vårdcentralen Teleborg  
Box 5044, 350 05 Växjö  
Tel: 0470/888 00

**Redaktionskommitte:**  
Dan Andersson  
Malin André  
Cecilia Björkelund  
Anders Håkansson  
Anna Källkvist  
Christer Petersson

**Redaktionssekreterare och layout:**  
Margareta Lindborg

**Redaktionsadress:**  
AllmänMedicin  
Inst f socialmedicin/VC Kronan  
172 83 Sundbyberg.  
Tel: 08/98 94 92 eller 28 22 14 (telefonsv)

**Annonser:**  
YH Annonsförmedling,  
Alströmergatan 18, n.b, 112 47 Stockholm  
Tel: 08/51 67 60

**Prenumerationsavgift:**  
400 kr per år, för studerande 150 kr per år  
(prenumerationsavgiften ingår i medlemsavgiften till Svensk Förening för Allmänmedicin).

Tidningen utkommer med 6 nummer per år.  
Prenumerationsavgiften inbetalas till AllmänMedicin postgiro 37 54 40-5. Ange att avgiften avser prenumeration.

Tryckt på miljövänligt papper hos  
Tofters tryckeri ab, Östervåla, 1990

ISSN 0281-3513

## Kalendariet

179

## Ledare:

Respektera tomheten! – Några tankar om kunskap  
*Christer Petersson* 180

Rehabilitering – återgång i arbete  
*Kjell Hultsten* 182

Kommentar – *Gunilla Risberg* 182

Primärvård i Ungern – några reseintryck  
*Gunilla Krantz* 183

Utbildning i allmänmedicin – internat för FV-läkare  
*Bo Bergstad, Mats Ribacke* 186

## Doktorsavhandlingar från primärvården:

Respiratory tract infections  
Aspects of etiology, incidence and recurrent infections  
*Margareta Söderström* 187

Att vara allmänläkare vid kvartersakut i Stockholms innerstad  
*Sten Larsson* 192

Psykosomatik i primärvården – ur sjukgymnastiskt perspektiv  
*Kerstin Wijkmark* 195

Kommundiagnostik i grundutbildningen av läkare  
*Peter Nilsson* 196

 **Apoteksbolaget** 197–200

Öppen mottagning – ingen modenyck  
*Elisabeth Thorén, Anders Håkansson* 201

Forskning i europeisk allmänmedicin. Rapport från EGPRW-möte i Ungern  
*Anders Håkansson* 204

Tre års uppföljning av viktgrupper  
*Lillemor Johansson, Jenny Lindqvist* 206

Coxartros och gonartros i glesbygd  
*Anders Överby, Göran Adevik* 208

Irritabel colon – två fallbeskrivningar  
*Elisabeth Jaenson* 211

Kokain, aids och öronakupunktur  
*Roger Svensson* 213

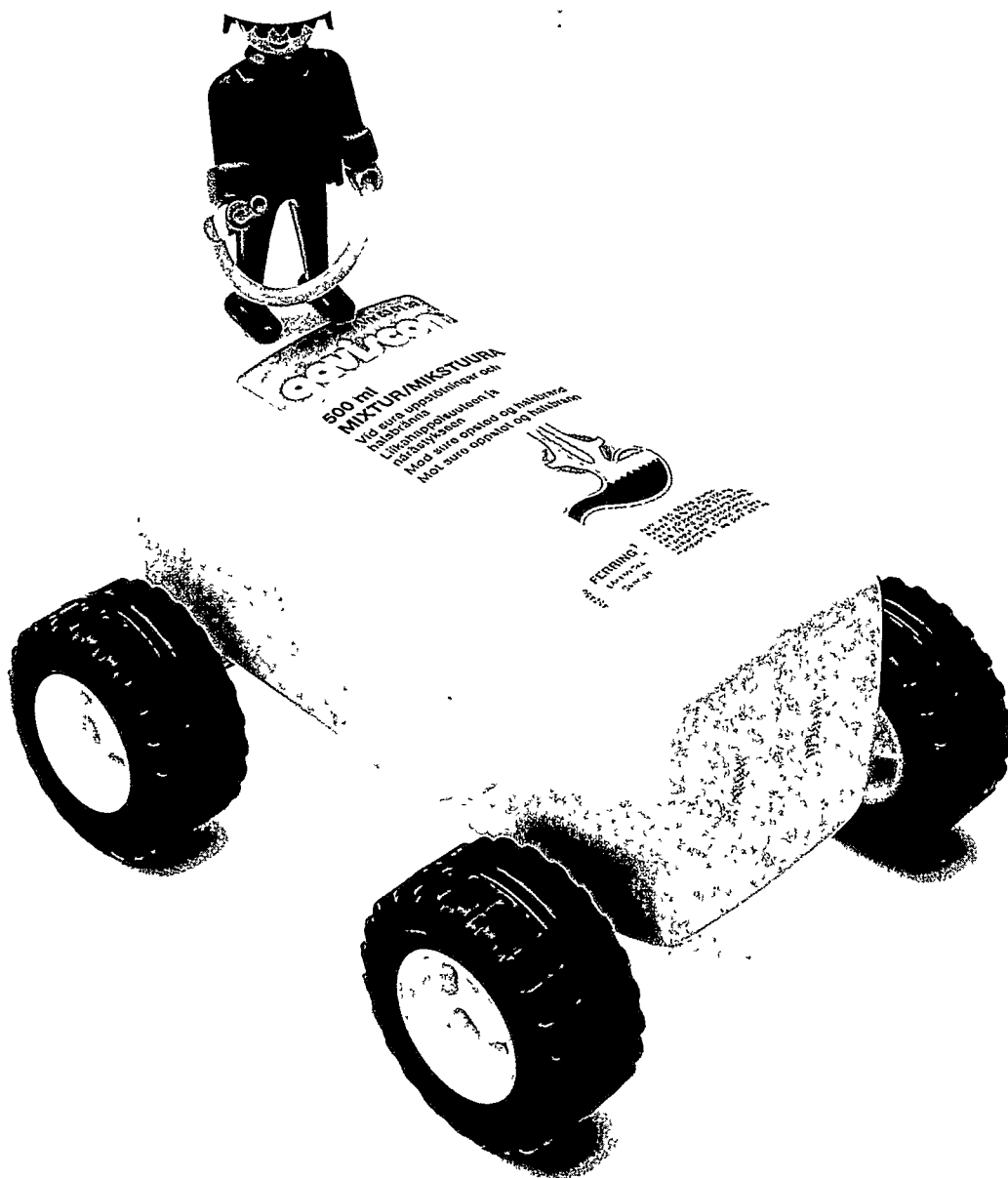
Hemblodtrycksmätning – några erfarenheter  
*Hans Åberg, Kerstin Åberg* 216

## Recensioner:

Sjölenius B (red). Hälso- och sjukvårdsrätt – del 1 och 2  
*Kennert Lenhoff* 219

Nordén Å (red). Alkohol som sjukdomsorsak  
*Göran Dahl* 220

Cullberg J. Dynamisk psykiatri  
*Bengt Mattsson* 220



# Skumsläckningsmetoden mot halsbränna.

Gaviscon® är det enda specifika antirefluxmedlet. Det innehåller alginsyra som reagerar med syran i ventrikeln och bildar en skummande viskös gel, vilket motverkar att surt maginnehåll stöts upp.

Gaviscon® ger inga systemeffekter utan

fungerar genom sin sammansättning enbart som antirefluxmedel med lokal effekt.

Gaviscon® finns som mixtur, tugg-tabletter och avdelade pulver.

**gaviscon**<sup>®</sup>  
alginat  
det specifika antirefluxmedlet

1990

## OKTOBER

□ **30–31 oktober.** Dalby-dagarna. Tema: Barn och ungdom.  
*Information:* Karin Svenninger, Centrum för samhällsmedicin, 240 10 Dalby. Tel 046-20 92 00.

## NOVEMBER

□ **5–9 november.** Grundkurs i klinisk läkemedelsprövning.  
*Information:* Ann Odebrand eller Inger Fagerhäll, Apotekarsocieteten, Box 1136, 111 81 Stockholm. Tel 08-24 50 85.

□ **8–10 november.** SFAMs höstmöte i Västerås.  
*Information:* SFAMs höstmöte 1990, c/o Sven Kullman, Spettvägen 8, 633 69 Eskilstuna. Tel 016-262 87.

□ **14–17 november.** 3rd International Conference on Tourist Health (Venedig).  
*Information:* Dr W Pasini, Congress Secretary, Via Dardanelli 64, I-47037 Rimini.

## DECEMBER

□ **4–7 december.** Läkaresällskapets Riksstämman.  
*Information:* Svenska Läkaresällskapet, Lars-Åke Pellborn, Box 558, 101 27 Stockholm. Tel 08-24 33 50

□ **10–14 december.** WONCA European Regional Conference (Barcelona).  
*Information:* Congress Secretary, Pacifico SA, Muntaner 112, E-08036 Barcelona, Spanien. Tel (93)254 91 68.

1991

## FEBRUARI

□ **7–9 februari.** 5. Nordiske seminar i medisinsk kvinneforskning.  
*Information:* Sekr för kvinneforskning, NAVF, Sandakervn 99, N-0483 Oslo 4.

## MARS

□ **7–8 mars.** Balint-möte i Växjö. Svensk förening för Medicinsk Psykologi.  
*Information:* i AllmänMedicin 6/90.

## APRIL

□ **7–13 april.** Avanceret forsknings metodologi i almen praksis, Del II, Gilleleje.  
*Information:* Lars Chr Lassen, Frederiksborg amt, Sundhedsafd, Skovledet 97 a, DK-3400 Hillerød.

□ **24–27 april.** Värmöte SFAM/DLF (Karlskrona).

## MAJ

□ **30 maj–3 juni.** Royal College of General Practitioners, UK-Nordic Workshop (London).  
*Information:* Janet Hawkins, Div Projects Office, RCGP Princes Gate, Hyde Park, London SW7 1PU. Tel 44 1 82 9703.

## JUNI

□ **16–21 juni.** 14th World Conference on Health Education.

*Information:* The Finnish Council for Health Education, Karjalankatu 2 C 63, SF-00520 Helsinki, Finland.

□ **26–29 juni.** 7. Nordiske Kongress i Allmennmedisin.

*Information:* Inst f Allmänmedisin, Oslo Universitet, Fr Stangs g 11/13, N-0264 Oslo 2. Tel 472 55 92 10.

## SEPTEMBER

□ **4–7 september.** SFAMs höstmöte i Kiruna. Tema: Vidareutbildning, efterutbildning.

□ **26–29 september.** American Academy of Family Physicians, Annual Scientific Meeting, Washington DC.

*Information:* AAFP, 8880 Ward Parkway, Kansas City, Missouri 64114-2797, USA.

□ **27 september–4 oktober.** Kurs: Läkare – ledare – kvinna (Kreta).

*Information:* K-Utveckling AB, Box 406, 126 04 Hägersten. Tel 08-46 58 57 eller 46 58 88.



## SFAM'S höstmöte Västerås 8–10/11 1990

Årsmöte torsdag em 8/11

### SFAM-möte i Västerås 8-11 november 1990

Mälardalens Distriktsläkarklubb har för andra gången fått förtroendet att arrangera ett SFAM-möte. Första gången var 1980. Det mötet blev en framgång och vår målsättning är att göra ett minst lika bra möte i år. Förutsättningarna är goda då SFAM-mötet tidsmässigt sammanfaller med Västerås 1000-års jubileum, vilket innebär att vi kan glädjas åt ett nytt kongresscentrum, nya hotell och en lång rad kringaktiviteter.

Vi hoppas att vårt program skall kännas lika aktuellt för såväl distriktsläkare som för företagsläkare, privatpraktiker och FV-läkare i allmänmedicin.

### Vetenskapligt program

**Torsdag fm TEMA:** "Prevention – går det att utvärdera?"  
"State of the art-lecture", Prof Sven-Olof Isacson, Socialmedicinska avdelningen, Malmö

**Torsdag em TEMA:** "Prevention och kvinnor"

**Fredag fm+em TEMA:** "Frisk eller sjuk av arbete?"

### Socialt program

**Onsdag:** På kvällen "Get together" på Västerås jazzklubb "Village"

**Torsdag:** Galamiddag med dans på Stadshotellet i Västerås

**Fredag:** Middag med dans på Sundbyholms slott, Eskilstuna

**Ledsagare** Speciellt program finns på torsdag och fredag liksom för samtliga som stannar till lördag

**Anmälan** Preliminär anmälan görs till sekretariatet varefter fullständigt program och kompletterande information om bl a resor, hotell m m översändes

**Sekretariat** SFAMs höstmöte 1990  
c/o Kullman  
Spettvägen 8  
633 69 Eskilstuna  
tel 016-262 87

BIAN ANDERSSON · CHRISTINA FABIAN · SVEN KULLMAN ·  
JERZY LEPPERT · GÖRAN MÅWE · MOA VLASTOS

# Respektera tomheten! – Några tankar om kunskap

Det finns världsallt, solar och atomer. Det finns en kunskap strategiskt byggd på fasta punkter.

Det finns en kunskap, oförsvard, byggd på osäkert tomrum.

Det finns ett tomrum mellan världsallt, solar och atomer.

.....

Det finns den udda synpunkten på allt i detta dubbla liv.

Så tecknar Gunnar Ekelöf sin bild av kunskapens universum. Han låter den till synes fasta "positiva" kunskapen kondenseras till solar och atomer i de väldiga stjärnmellanrummen. Men även där, i tomrummen, finns en kunskap av mera subtilt slag: flyktig, svår att mäta och väga, svår att fånga i ord: "oförsvard, byggd på osäkert tomrum". Och ändå vill jag påstå att vi måste lita till den kunskapen i vårt dagliga liv. Den är som luften vi andas, atmosfären omkring oss, fonden mot vilken mätbara kunskapsfragment kan avteckna sig. I mötet med patienten är den en lika viktig förutsättning för botande, som en grundlig kännedom om den kliniska medicinens ljusstarka fixstjärnor.

## Vad slags kunskap är detta?

Vad är då detta för kunskap och hur när man den? Kan den fangas inom språkets och intellektets ramar? Nej inte fangas, eftersom den till sitt väsen är gåckande, men kanske tydliggöras på en del viktiga punkter. Begreppet intuition är en vägvisare, som pekar åt rätt håll, men själva benämningen "intuitiv kunskap" är redan en begränsning, som inbjuder till analytisk granskning: Vad är egentligen intuition? Hjärnans geniala sätt att snabbsummera en mängd dolda kunskapsfragment i blixtrande associationsbanor? Eller en alternativ kunskapsväg, som lyder egna (kvalitativa?) lagar?

## Tyst kunskap

Jag har ingen färdig uppfattning i den fragan. Jag har läst en del om begreppet "tyst kunskap" och känner att det bränns. Det jag är ute efter ligger förvisso nära den tysta kunskapens djupa förtrogenhet med världen, tingen och människorna. En förtrogenhet som sträcker sig bortom språkets ramar och har betydelse för centrala livsvärden och vardagliga skeenden. Jag tror att detta är ett hyggligt närmevärde, men inte mer. Vad gäller precision, lämnar det mycket övrigt att önska. Exakthet i vanlig mening är kanske inte ens möjlig i detta sammanhang.

Ekelöf antyder detta i början av den ovan citerade dikten:

Det finns någonting som märks just när det inte märks (som tystnaden) och inte märks just där det vore märkbart

ty där förväxlas det (som tystnaden) med annat.

## Att säga det osägbara

Det är svårt att säga det osägbara. Ändå måste man försöka, annars bidrar man bara till att göra världen mera endimensionell. Filosofen Ludwig Wittgenstein dömde sig själv i *Tractatus* till en form av existentiell tystnad i förordets klassiska formulering: "Vad som alls låter sig sägas, kan sägas klart: och vad man icke kan tala om därom måste man tiga." Redan i samma förord visar han sig medveten om hur litet som är vunnet med denna logiskt djuplodande insikt. Dessbättre trotsade han domen och gav sig ut på "tigandets" osäkra marker i en ny filosofi och i samtal kring konst, psykoanalys, religion.

## Att transformera kvaliteten till kvantitet

Men problemet kvarstår förstas. Det blir tydligt i en del av den forskning som tar på sig den mäktiga uppgiften att transformera knappt anade kvaliteter till raka pastäenden och siffror. Vad gar förlorat i den omvandlingsprocessen? Ofta alltför mycket och allra först människan som subjekt med vilja och avsikter! Det finns många lysande undantag, där forskaren på ett varsamt sätt kan omvandla utan att förvanska eller döda. Ulla Holms bok om empati, som just ligger bredvid mig på skrivbordet, är ett fint exempel, men ett vanligt mönster är annars: Manga ord som snarare förvirrar än klargör och som lyckas göra det rörliga orörligt, det mångdimensionella platt och där slutsatserna inte alltid höjer sig över det trivialas tröskel eller ens kommer förbi de rena tautologierna: Det svara är svart, problemerna är problematiska! Bättre rik och frisk än sjuk och fattig! Vem kan säga emot?

Det finns många orsaker till misslyckandena. Den viktigaste är problemets svarighetsgrad. Att säga mycket kan vara en frestelse, när man ska säga något svart. Men det är sällan klokt. I texter där verkligheten ter sig som fullpackade magasin, med orden staplade som gamla möbler när man inga djupa insikter. Där finns en räds-la för tomummet som är förödande.

## Konsten som kunskapskälla

Hur stort att vända sig från sådana packhus till de glest möblerade rummen i Ekelöfs dikter, i Tjechovs noveller eller i Strindbergs skådespel. Här behandlas samma typ av problem, men i sitt levande sammanhang. Här är mänskliga möten gestaltade mitt i rörelsen. Här finns respekt för tomheten och hemligheten. Det skapar luft och rymd. Man kan lämna även den svartaste ekelöfdikt med en känsla av att ha andats livgivande syre och blivit en liten aning klokare. Ska vi då lämna forskningen och ägna oss åt de sköna konsterna i stället? Ingalunda! Däremot tror jag att vi borde skatta den kunskap konsten förmedlar betydligt högre. Den är ofta direkt användbar i vardagslivet, på vårdcentralen, vid sjukbädden. Kanske kunde vi även kunskapsteoretiskt lära något av konstens djupare andning, av dess pauser och tomrum, när vi med egna ord försöker beskriva vad som händer i den terapeutiska processen, i samspel och konfrontationer med våra patienter?

Jag tror vidare att vi måste lita mera på den kvalitativa metoden, utan att ständigt snegla mot kvantitativa förebilder. Niels Lynöe skriver fint om detta i *AllmänMedicin* 5/89.

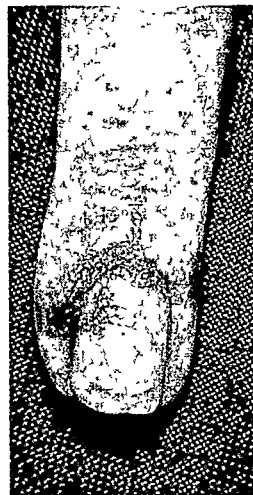
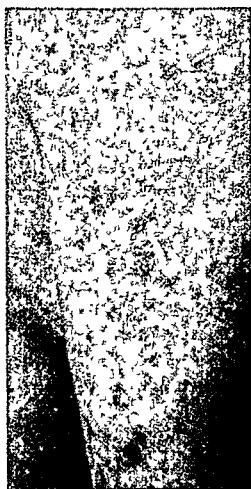
## Att fiska på osäkra vatten

Som allmänmedicinare måste vi hur som helst fortsätta fiska på de osäkra vatten, där varken lätta eller "rätta" sanningar alltid fastnar på kroken. Det är viktigt att vi berättar för varandra om våra fångster, även de mindre spektakulära. Men vi bör vara grannliga, när vi transformerar och metodiskt mycket medvetna, när vi reducerar. Och slutligen paradoxen: det finns sanningar som måste få stanna på djupen – och blott anas där – hellre än att dras upp och defomerar på torra land. Eller som Tomas Tranströmer uttrycker saken:

"30 juli. Fjärden har blivit excentrisk – idag vimlar maneterna för första gången på åratat, de pumpar sig fram lugnt och skonsamt, de hör till samma rederi: AURELIA, de driver som blommor efter en havsbegravning, tar man upp dem ur vattnet försvinner all form hos dem, som när en obeskrivlig sanning lyfts upp ur tystnaden och formuleras till död gelé, de måste stanna i sitt element."

Christer Petersson

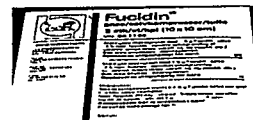
Postadress: Vårdcentralen, 360 30 Lamnhult.



kräm



salva



salv-  
kompresser



# Lokal behandling med FUCIDIN<sup>®</sup>

fusid

**Indikationer:** Hudinfektioner orsakade av mikroorganismer känsliga för fusidinsyra.

**Kontraindikationer:** Överkänslighet mot fusidinsyra.

**Biverkningar:** I enstaka fall har i början av behandlingen lätt irritation av huden förekommit hos patienter med fissurer och sår. Allergiska hudreaktioner i form av exantern och rash kan förekomma men är mycket sällsynta.

**Användning:** Fucidin kräm och salva appliceras 2–3 gånger dagligen på det infekterade hudområdet. Om ett skyddande förband anläggs är en applicering dagligen tillräcklig. Fucidin salvkompresser läggs på såret och täckes med lämpligt förband. På starkt vätskande sårtyper bör kompressen bytas varje dag. Fucidin salva bör ej användas i ögonregionen pga viss lokalirriterande effekt av natriumsaltet.



LÖVENS LÄKEMEDEL

Tel 040-75630 • Box 404 • 201 24 Malmö





# Rehabilitering – återgång i arbete

KJELL HULTSTEN

*Gunilla Risberg från Tegs vårdcentral i Umeå berättar i AllmänMedicin 3-90, om hur man på den vårdcentralen lagt upp sitt rehabiliteringsarbete. Hon svarar dock aldrig på frågan i rubriken "rehabilitering – till nytta för vem?" Jag tycker hon i stort missar den viktiga, kanske viktigaste delen i rehabiliteringsarbetet, nämligen arbetet med att återfå patienten i arbete.*

## Samarbete nödvändigt

I samband med att rehabiliteringsutredningen kommit, har också inom företagshälsovården, arbetet med rehabiliteringsfrågor intensifierats. Det har i företagshälsovårdsprogrammets regi getts ut en bra skrift "Rehabilitering i arbete" av Micke Löwgren, företagsläkare i Malmö (1). Denna skrift är väl värd att läsas även av distriktsläkare.

Jag har tidigare, under perioden 1980-86, arbetat som distriktsläkare vid Tibro vårdcentral och då upptäckt att man inom primärvården inte kan någonting om vardagslivet i arbetsmiljön. Som företagsläkare har jag en helt annan möjlighet att se den arbetsföra befolkningens helhetssituation, även om jag medger att vi lättare än distriktsläkaren kan missa sociala problem i hem och familjemiljö. Det är därför viktigt med ett nära samarbete mellan primärvården och företagshälsovården i rehabiliteringsfrågor. Eftersom företagsläkaren inte till så stor del är behandlande läkare, utan arbetar med förebyggande och rehabiliterande frågor, blir det ofta så att distriktsläkaren sköter den medicinska rehabiliteringen. Företagsläkaren kan med kännedom om patientens arbetsmiljö tillsammans med distriktsläkaren, arbeta för återgång i arbete, där förändringar på arbetsplatsen, förändringar i arbetsorganisationen, arbetsbyte, arbetshjälpmedel eller omskolning kan bli aktuell.

## Tibroprojektet

Jag ser också ett nära samarbete med försäkringskassan som mycket viktig. Här i Tibro pagar för närvarande det så kallade "Tibroprojektet" på försäkringskassan, där man lagt upp ett lokalt databaserat sjukfallsregister. Utifrån detta har primärvården och företagshälsovården möjlighet att få fram uppgifter om de sjukskrivna inom kommunen, vilka diagnoser sjukskrivningen gäller, vem som är arbetsgivare

etc. Vi har funnit detta vara ett mycket stort hjälpmedel, inte minst för att hålla de sjukskrivna aktuella för oss och se till att rehabiliteringsarbetet hela tiden fortgår. Det finns alltid en risk i, att väntan på rehabiliteringsåtgärder leder till passivitet och detta måste på allt sätt undvikas, med ordinerade besök på arbetsplatsen, arbetsutbildning i reell miljö och liknande.

## Arbetsledaren en nyckelperson

Jag håller helt med Gunilla Risberg om att den lokala rehabiliteringsgruppen på många sätt har spelat ut sin roll. I ovan nämnda skrift kallar man den lilla träffen för ARG (arbetsplatsanknuten rehabiliteringsgrupp) och vill därmed ställa arbetsplatsen i centrum. Oftast är försäkringskassan den som sammankallar till sådan träff, men arbetsgivaren är naturligtvis en nyckelperson för att konkreta åtgärder direkt ska kunna diskuteras med honom och den sjukskrivne. Vi har funnit dessa träffar vara av stort värde. Nästa steg blir att försöka fanga arbetstagare, som är på väg in i en langvarig sjukskrivning ännu tidigare, t ex i samband med upprepade korta sjukskrivningar. Detta kan uppnås, t ex genom att arbetsledaren är den person på företaget, till vilken man anmäler sin sjukskrivning och som sedan hela tiden håller kontakt med den sjukskrivne.

Här krävs mycket utbildning av arbetsledarna i hantering av svåra personalfrågor. Detta kommer sannolikt att bli ett arbetsområde för företagshälsovården framöver.

För ett effektivt rehabiliteringsarbete krävs således ett gott samarbete mellan primärvård och företagshälsovård, vilket tyvärr på de flesta håll saknas. Orsaken till detta är många gånger att primärvårdens personal inte känner till företagshälsovården och dess resurser. Då jag som företagsläkare arbetar kvar på samma ort, där jag tidigare tjänstgjort som distriktsläkare, finns här öppna kanaler till kollegorna på vårdcentralen, vilket jag upplever mycket positivt. Vi får inte glömma att svaret på frågan "Rehabilitering – till nytta för vem?" för människor i arbetsför ålder, om möjligt ska innebära återgång i arbete. Ett arbete som man klarar av och som man upplever som meningsfullt och som ger tillfredsställelse och sociala kontakter.

## Referenser

1. Löwgren M. Rehabilitering i arbete. Arbetsmiljöfonden, 1990.

## Författarpresentation

*Kjell Hultsten, företagsläkare*

Postadress: Skaraborgshalsan, Box 275, 543 01 Tibro



# Kommentar

GUNILLA RISBERG

Både när jag beskriver arbetsstätt hos vårdcentralens rehabiliteringsteam (kartläggning av utbildnings- och arbetslivsfrågor, samordning med arbetsgivaren) och arbetet i miniträffen med närvaro av representanter från arbetsförmedling eller arbetsgivare (den representanten kan vara från företagshälsovården), tycker jag att det framgår, att vårt arbete går ut på att återfå patienten i arbete. Om detta primära mål inte blev klart för Kjell Hultsten och andra, får jag bara beklaga att jag uttryckt mig otydligt. Kanske var det mitt försök att diskutera de strukturella hinder som finns, och som många gånger gör att vi inte lyckas, som grumlade bilden.

Jag tror att Kjell Hultsten och jag till stor del talar om olika patientkategorier. Det finns många sjukskrivna som saknar företagshälsovård. Dit hör arbetslösa, egna småföretagare, anställda i små företag och de personer

som har tidsbegränsade tillfälliga anställningar (ofta ungdomar och kvinnor). När dessa människor skall rehabiliteras, är primärvården den medicinska instans som är aktuell. Av de 50 patientärenden som senast behandlats i våra miniträffar, saknade 39 företagshälsovård. Drygt hälften av dessa var arbetslösa. Bland de elva som hade företagshälsovård, var tio offentligt anställda, flera från kommunen. Från flera förvaltningar där ser man gärna, att vi sköter hela förloppet med patienter som vi påbörjat, eftersom företagshälsovården är överhopad. Den privatanställda vägrade träffa sin företagshälsovård. Tidigare under 80-talet skötte vi fler patienter med egen företagshälsovård. Detta på grund av att företagshälsovården haft och i viss mån ännu har vakanser och ojämn bemanning, framför allt på läkarsidan.

Jag har svårt att se en strikt uppdel-



# Primärvård i Ungern

## – några reseintryck

GUNILLA KRANTZ

ning mellan medicinsk rehabilitering och arbetsrehabilitering. All rehabilitering för återgång i arbete bör börja när man lyfter pennan och skriver sjukintyg första gången. Det bästa för patienterna vore naturligtvis, att de som har företagshälsovård kunde vända sig dit direkt, när de känner sig arbetsförmögna på grund av besvär som de bedömer utlösta av sitt arbete. Manga försöker, men möts av att väntetiden för läkarbesök är flera veckor. När den egna sjukskrivningstiden går ut, hänvisas de därför till vårdcentralen.

För patienten är det ibland svårt att förstå och acceptera, att en ny vårdinstans skall kopplas in, när man redan börjat på ett ställe. Vi försöker ändå föra över patienter med arbetsrelaterade besvär till företagshälsovård där sådan finns. Samarbetet fungerar ofta bra, men ibland klagar patienten att allt börjar om från början. Samarbete tar tid.

En god rapportering och övertagning prioriteras vid tidspress inte alltid från vare sig företagshälsovård eller primärvård. Ibland har jag, från företagshälsovårdens och arbetsgivarens sida, också mötts av argumentet att patienten är för sjuk - inte medicinskt färdigrehabiliterad - och att man därför inte vill ta patienten för arbetsrehabilitering. Detta trots att det rör sig om besvär av typ kronisk smärta, där vi vet att benägenheten kommer att kvarstå. I ett fall har jag varit med om att en arbetsgivare med 15000 anställda, tillsammans med facket, har undertecknat ett protokoll, att den sjukskrivne inte är placerbar hos denne arbetsgivare i någon form av arbete. Sedan förväntas arbetsförmedlingen med medicinskt underlag från primärvården hitta lämpligt arbete!

Kanske är det så att det är de "svåraste" patienterna som blir kvar i primärvården, de som har kroniska besvär av den typ där de strukturella hinder jag berörde i debattartikeln, gör sig tydligast gällande.

### Författarpresentation

*Gunilla Risberg, distriktsläkare*

Postadress: Tegs vårdcentral, Box 5027, 900 05 Umeå

*Under 1989 har jag gjort flera besök i Ungern. Med denna artikel vill jag beskriva intryck efter en veckas vandring genom primärvården i Budapest. Jag har träffat allmänläkarkollegor och specialistläkare, samt primärvårdsplanerare på Hälsovårdsministeriet. Primärvården verkade vid första påseende ganska väl utbyggd, men distriktsläkarna arbetade under enkla förhållanden såväl beträffande medicinsk utrustning som personaltillgång. Läkaren är en ensamarbetare med stor arbetsbörda. Det existerar inte några distriktsköterskor, undersköterskor eller sekreterare på vårdcentral. Ej heller finns tillgång till arbetsterapeuter eller psykologer. Sjukgymnaster finns endast i begränsad omfattning. En allmänläkare får sköta alla sina uppgifter själv och har i regel endast hjälp av en jäktad mottagningsköterska, som ska assistera flera läkare samtidigt. Trots detta fann vi entusiastiska kollegor som andades försiktig optimism inför framtiden, dock väl medvetna om landets dåliga ekonomi. Ett speciellt intresse för psykosomatik och Balintgrupper finns bland kollegorna i Budapest, Michael Balint's födelsestad.*

Nyckelord: Primärvård, internationellt utbyte, Ungern.

*– Vi har inte er teknik, inte heller era resurser, men vi har en hjärna!* Så uttryckte sig dr Salacz, en av de distriktsläkare som vi träffade på en vårdcentral i centrala Budapest. Dr Salacz var mycket imponerad av västvärldens medicinskt/tekniska utveckling och menade att Ungern ligger sextio år efter i tiden.

Vara egna intryck, efter en veckas vandring genom primärvården i Budapest, stämde dock inte helt överens med dr Salacz' – fullt så långt efter i utvecklingen ligger trots allt inte Ungern. Det rör sig kanske snarare om 15–20 år.



Artikelförfattaren tillsammans med dr Maria Botos och dr Andrew Salacz på en vårdcentral i Budapest.

### En vårdcentral i Budapest

Vår första kontakt med primärvården i Budapest var en helt vanlig vårdcentral. Själva byggnaden var ett litet, lågt, rappat hus som låg inklämt mellan höga hyreshus i ett bostadsområde. En liten oansenlig skylt på dörren upplyste om läkarnas namn och mottagningstider. Sex läkare arbetade där.

Då man öppnade dörren kom man rakt in i en lang korridor med stolar i rader och sex stängda dörrar till höger. Patienterna satt tysta eller småpratande och tittade på dörrarna som öppnades eller stängdes – de väntade. Enda sjukvårdspersonal förutom läkarna var en mottagningsköterska. Hon visade in patienterna på rummen, assisterade läkarna, men gjorde knappast något eget medicinskt arbete.

–Här har vi mottagning kl 8–12 eller 16–20, berättade dr Andrew Salacz. Mellan kl 14–17 gör man hembesök, om man haft förmiddagsmottagning.

Patienterna kommer helt spontant till mottagningen, väljer själva den läkare de vill träffa genom att sätta sig på en stol och vänta. Någon tidsbeställning per telefon existerar inte – telenätet är för opålitligt!

Varje läkare träffar cirka 30–40 patienter på en förmiddag, oftast hinner man hjälpa alla i väntrummet före klockan tolv. Det händer att någon icke-akut sjuk patient måste sändas hem för att återkomma nästa dag.

Väntetiderna är i regel 15–20 minuter. Läkarna arbetar med områdesansvar, cirka 2400 patienter per distriktsläkare. I hela Budapest bor 2.5 miljoner människor och här finns cirka 1500 distriktsläkare.

Vilka patienter träffar da distriktsläkaren i storstaden? – "Det är huvudsakligen äldre personer med hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes eller problem med rörelseapparaten", berättar dr Salacz. Sjuka barn kommer däremot sällan hit – de går direkt till specialisten.

Som distriktsläkare gör man inte några öronundersökningar, ej heller kirurgia minor. Den medicinskt/tekniska utrustningen är enkel: stetoskop, reflexhammare, spatlar och ficklampa, en undersökningsbrits.

Alla aktiviteter sker i samma rum: av- och påklädning, undersökning, samtal och receptförskrivning. Läkarna skriver sina journaler för hand på kort i A5-format, diktafoner finns inte. Eventuell blodprovstagning sker på en intilliggande poliklinik och svar erhålles nästa dag.

### Ambulancia

Runt om i Budapest finns polikliniker där specialister och allmänläkare arbetar sida vid sida. Vi besökte två sådana polikliniker, kallade "Ambulancia".

Den första var av äldre datum, med långa korridorer där patienter satt och väntade. Kala väggar med isblå rappning, som föll till golvet här och där.

En kontrast var den mer moderna polikliniken, som låg endast ett par kvarter längre bort. Här möttes vi av nybyggnation, ljus och luft, glas och kakel samt stor hjärtlighet.

På dessa polikliniker arbetar öronnäs-halsläkare, neurolog (neurologi är en egen specialitet), invärtesmedicinare, barnläkare, distriktsläkare och tandläkare. Remisstväng gäller till alla utom ÖNH-specialisten, barnläkaren och distriktsläkaren. Dr Sigrig Wahlstab, ÖNH-specialist, förevisade oss sin utrustning som bestod av pannlampa och spegel, en hel massa krokar och tänger - inget öronmikroskop, inget otoskop. Hon utförde käkspolningar och paracenteser och hade både barn och vuxna som patienter.

Trots att vårt besök var oanmält, tilldrog det sig stort intresse. Ett flertal läkare och administratörer samlades omkring oss och en livlig diskussion utbröt om vad vi skulle visas härnäst. Det utmynnade i att vi gick runt till ett flertal specialistmottagningar, träffade en tandläkare och en distriktsläkare.

På tandpolikliniken frågade vi om amalgam och människors inställning till detta reparationsmaterial. Vi möttes av förvåning. Amalgamdebatten existerade tydligen inte i Ungern.

Distriktsläkarens mottagning var av samma slag som vi sett tidigare - trång och enkelt utrustad. Kollegorna var förundrade över min beskrivning av en svensk allmänläkares vardag, med besök på sjukhem, skola och BVC. Att vi har distriktssköterskor som sköter majoriteten av hembesöken applåderades varmt. Någon motsvarighet till dem finns inte i Ungern.

Ett problem man beskrev för oss var att läkaren sällan kan träffa patienten i enrum, en sköterska ska vara med. Detta är en gammal kommunistisk kvarleva från tiden närmast efter

Ungernrevolten, då det inte var tillåtet att träffas två och två.

- "Detta vill vi ändra så fort som möjligt", underströk flera av läkarna vid vårt samtal. Men mottagningarna är konstruerade efter dessa förhållanden. Det finns inte tillräckligt med rum. De nya mottagningar som byggs ger dock möjlighet till kontakt patient/läkare i enrum.

### Komplicerat sjukförsäkringssystem

En distriktsläkare kan sjukskriva en patient i endast en vecka. Här efter ska chefsläkaren ta ställning till fortsatt sjukskrivning och kan göra så i upp till en månad. Behöver patienten då ytterligare förlängd sjukskrivning, träffar en grupp på tre chefsläkare patienten och beslutar om en eventuell förlängning. Efter nio månader på detta sätt tar man ställning till om patienten ska ha förtidspension, vilken motsvarar sextio procent av lönen. Ett raffinerat kontrollsystem, som tar mycket resurser i form av läkararbetstid.

Ålderspension inträder för kvinnor vid 55 och för män vid 60 års ålder. All sjukvård i Ungern är kostnadsfri.

Läkaryrket i Ungern är ett lågstatusyrke, som är kvinnodominerat. En busschaufför har dubbelt så hög lön som en läkare.

### Psykosomatik i primärvård

På hälsovårdsministeriet arbetar dr Mariana Szatmari. Hon är distriktsläkare, men ägnar sig numera åt primärvårdsutveckling i olika projekt, som bedrivs på landsbygden. Man vill integrera sjuk- och socialvård samt verka för en bättre helhetssyn. Ett flertal WHO-projekt pågår också.

-Ungern har i huvudsak satsat på sjukhusvård, berättar dr Szatmari, och därför är primärvården ett hittills eftersatt område. Också psykosomatiken har kommit i skymundan.

-Att det finns psykosomatiska sjukdomar har inte erkänts under efterkrigstiden. Kommunismen ansåg inte och medgav ej heller att själens sjukdomar existerade.

-Man såg kroppen som en arbetande maskin, huvudsakligen reflexstyrd, förklarade dr Szatmari. Detta har fått till följd att den gamla psykodynamiska traditionen inte kunnat utvecklas. Sedan slutet av sextioalet har den dock återigen erkänts och i minst 20 år nu har Balintgrupper funnits i Ungern. Bland distriktsläkare finns numera ett stort intresse för psykosomatik.

Sedan 1981 finns en tvärvetenskaplig förening som samlar distriktsläkare, psykiatrer och psykologer. Man verkar för ökad kunskap i psykosomatik och ger utbildning i ämnet i form av föreläsningar, internationella konferenser etc. President i denna förening är dr Endre Schnell, distriktsläkare och psykoterapeut.

Dr Schnell har varit ledare för Balintgrupper under 20 års tid. Den nuvarande gruppen har han lett i tio år och man träffas varje vecka. Han försöker få deltagarna att ta på sig ledars ansvar i nya Balintgrupper, då efterfrågan på kvalificerade handledare snabbt ökat. Intresset för denna typ av verksamhet är mycket stor.

-Områdesansvaret för en allmänläkare är för stort - tiden räcker inte till, understryker dr Schnell. Psykoterapi kan jag bara ge i ringa omfattning.

Psykologer finns ej heller i primärvården, de är alla anställda inom slutenvård. Över huvud taget verkar distriktsläkaren mycket ensam i sitt vardagsarbete. Oftast finns en mottagningssköterska att tillgå, men sjukgymnaster är i regel privatpraktiserande. De arbetar aldrig på vårdcentralen.

Arbetsterapeuter finns bara inom slutenvården. Distriktssköterskor, undersköterskor och sekreterare finns inte alls på vårdcentralen.

Det är lätt för mig som svensk distriktsläkare att förstå, att min ungerska kollegas tid är knapp.

### Tillgänglighet, kontinuitet

I Budapest kan man söka läkare på sin egen vårdcentral varje dag fram till klockan åtta på kvällen - det är god service! Om man som patient dessutom vill träffa samma läkare, är det bara att studera den lilla skylten på entrédörren över mottagningstiderna. Kanske måste man då uppskjuta sitt besök ett halvt till ett dygn, för att få just "sin egen" läkare. Inga krångliga telefonslussar att ta sig igenom!

Allmänläkaren håller kontakt med sina kroniskt sjuka patienter huvudsakligen genom att göra hembesök. Vilken inblick i familjeliv och boendemiljö!

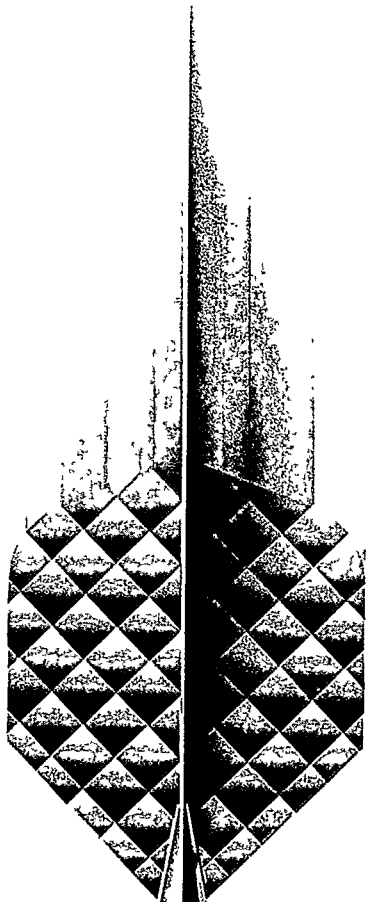
De ungerska kollegorna andades dock utmattning inför den stora arbetsbörda man lagt på dem. Patientgenomströmningen var stor, säkert vida överlägsen vår. Allmänläkaren är en ensamarbetare, som inte lägger mycket tid på journalskrivning och andra byråkratiskt arbete. Man koncentrerar sig mer på rena patientomhändertaganden och har inte - på gott och ont - vår splittrade arbetsdag.

Det var en mycket lärorik och givande vecka!

### Författarpresentation

*Gunilla Krantz, distriktsläkare, vårdecentralchef i Lilla Edet, N. Älvsborg*

Postadress: Järnvägsgatan 8. 463 00 Lilla Edet.



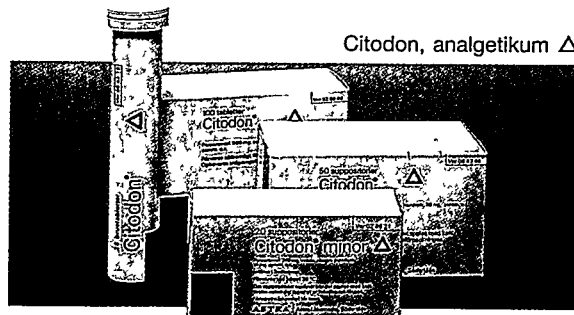
# Citodon<sup>®</sup>

paracetamol 500 mg, kodein 30 mg

Tabletter – brustabletter – suppositorier

– *snabbt tillslag*

– *effektivt*



Citodon, analgetikum  $\Delta$

Förpackningar Citodon: Tabletter 20, 50, 100 st och 6x100 st. Brustabletter 25, 50 och 100 st. Suppositorier 10, 20 samt 50 st.

**NYHET !**

**Citodon minor** (paracetamol 350 mg, kodein 15 mg)

– för medelsvåra smärttillstånd hos barn.

Förpackningar Citodon minor: Suppositorier 20 st.

\* vanligen inom 30 minuter



# Utbildning i allmänmedicin – internat för FV-läkare

BO BERGSTAD · MATS RIBACKE

*I oktober 1989 samlades FV-läkare i allmänmedicin i Gävle sjukvårdsdistrikt till internat under ett dygn. Innehållet handlade om allmänläkarrollen och ej om förmedling av medicinska kunskaper.*

Nyckelord: Allmänläkare, utbildning

I början av oktober 1989 anordnade vi en utbildningskonferens för FV-läkare i Gävle sjukvårdsdistrikt. Tio hade möjlighet att närvara.

Konferensen, som hade formen av internat under ett dygn, hade som målsättning att diskutera allmänläkarrollen och ej att förmedla medicinska kunskaper. Det är viktigt för identiteten hos blivande allmänläkare att få möjlighet att i en mindre grupp diskutera väsentliga aspekter på allmänläkarrollen.

## Tankar inför yrkesvalet

Introduktionstimmen ägnades åt tankar som fanns hos varje FV-läkare inför yrkesvalet. Det som lockar är variationen inom yrket, helhetsaspekten på människan, den egna möjligheten att flytta på sig inom landet. Flera hade förebilder i äldre kollegor. Detta är viktigt att föra fram i de handledarutbildningar som förekommer.

En utmärkt bakgrund till diskussion om allmänläkarrollen är de fallbeskrivningar som presenteras från engelsk praktik i Journal of the Royal College of General Practitioners (MRCGP examination). Dessa fall illustrerar väl allmänläkarens vardag.

## Ansvar och etik

Ansvarsbegreppet uppdelat i yrkesansvar och medicinskt ledningsansvar diskuterades. Grundläggande lagar som hälso- och sjukvårdslagen och tillsynslagen lyftes fram. Anmärkningsvärt var att få känna till innehållet i läkarinstruktionen. Med utgångspunkt från kvacksalverilagen utspann sig ett samtal om skolmedicin och alternativmedicin, ett gränsområde som i hög grad berör frågor om professionalism och identitet. För att kunna diskutera etiska frågor måste man ha klart för sig gällande författningar så att man vet vad man följer eller gör avsteg från. Författningshandboken bör läkaren känna till.

## Läkaren som präst

Kvällspasset hade som rubrik "Allmänläkarens allmänbildning – gäst med humanistisk bakgrund" och till detta hade en präst inbjudits. Han gav en intressant skildring av läkarrollen från sin bakgrund. Makten har från 1900-talet början sakta tagits ifrån "svartrockarna" och gått över till "vitrockarna" med en brytpunkt på 1930-talet. Han uppehöll sig vid ord som smärta, skuld, förväntan, domaren och befriaren. Läkaren har nu rollen som mediet att förklara de stora sammanhangen och varför. Det finns en "skugga" bakom läkaren som varje patient ser och läkaren måste ha en medvetenhet om detta, då den finns där vare sig läkaren vill eller inte. Han pekade på det sociala nätverket och familjeaspekten genom att påtala alla de osynliga, som inte är med patienten vid undersökningsbritten, men som finns hemma och väntar på svaret.

Även som läkare har man alla sina egna osynliga med sig. Den engelske familjedoktorn framtonar mera som medmänniska i samhället och stödperson än som medicinsk tekniker och kan vara en förebild.

## Tillfälle till diskussion

Under ett grupparbete framkom att FV-läkarna upplevde det positivt att få tillfälle att diskutera de svåra kliniska situationer som man har stått inför inom olika slutenvårdstjänstgöringar. Det finns ett klart behov av en kontaktläkare på varje klinik att vända sig till och diskutera olika problem med under tjänstgöringen. Man behöver en diskussion om medicinska kunskaper, där man får höra om man har gjort rätt eller fel, förutom en möjlighet att prata om de upplevelser med många gånger dramatiskt innehåll, som en tjänstgöring på en akutklinik medför. En ökad kontakt med handledarna från primärvården under slutenvårdsplaceringarna efterlystes. Det är också viktigt att träffa distriktsläkare i samband med deras träffar under sjukhustjänstgöringen för identitetskänslan, då denna riskerar att tunnas ut och bli svagare. Handledarna bör ta del av innehållet i slutenvårdsplaceringarna, så att dessa får ett bra utbildningsvärde. Det sistnämnda framstår som allt viktigare med tanke på den nya specialistutbildningen.

LBO 6507

## Handledarrollen

Under sista passet togs synpunkter på handledarrollen och lärarrollen upp. Från Socialstyrelsen har PM-12/82 getts ut, som tar upp innehållet i FV-utbildningen. Det som står framför oss är LSU med målformuleringar och helt nya krav på handledarrollen. Skriften Allmänmedicinen inför år 2000 ger en bra bild av innehållet och är mycket användbar i kontakter med FV-läkare.

## Författarpresentation

\*Bo Bergstad, distriktsläkare vid Strömsbro hälsocentral

Mats Ribacke, distriktsläkare vid Sättra hälsocentral

\*Postadress: G:a Bönåvägen 19, 803 46 Gävle

## REKRYTERA TILL SFAM!

Undertecknad har i snart tio år haft två årligen återkommande NLV-kurser för blivande allmänläkare. Vi har roat oss med att fråga hur många som är medlemmar i SFAM och försökt rekrytera icke-medlemmar. Utan att föra någon detaljerad statistik, kan vi säga att mindre än hälften av FV-läkarna är medlemmar i SFAM och nästan lika många vet inte vad SFAM är. Okunskapen om vad SFAM är och står för, är väl mest ett indicium på hur dålig förankring våra FV-läkare får i allmänmedicinen som ideologi och vetenskap. Dock är det bättre nu än tidigare med den gamla typen av FV-block med allmänmedicin endast på slutet.

Ett förslag är att NLV-kurser eller dess motsvarighet i framtiden alltid har minst en distriktsläkare som kursledare. SFAM borde därefter bearbeta dessa kursledare till medlemsrekrytering och ideologisk förankring i allmänmedicin.

Kennert Lenhoff

Primärvårdschef Lyckeby/Jämjö  
Lokal kontaktperson för SFAM,  
Blekinge



# Respiratory tract infections

## Aspects of etiology, incidence and recurrent infections

*Margareta Söderström disputerade den 20 april vid institutionen för klinisk samhällsmedicin i Dalby, på luftvägsinfektioner hos barn. Opponent var barnläkaren docent Ulf Jodal, Östra sjukhuset i Göteborg. Ordförande vid disputationen var Bengt Scherstén.*

**Nyckelord:** Andningsorganen, infektioner, förskolebarn, skolbarn, intervju/enkätundersökningar, forskning, luftvägsinfektioner

Ungefär en tredjedel av alla besök på en vårdcentral rör människor med luftvägsinfektioner. Mer än två tredjedelar av alla barn som konsulterar oss i allmänmedicin, gör det på grund av luftvägsinfektioner. Antalet patienter som söker den öppna vården för luftvägsinfektioner har succesivt ökat det senaste decenniet. Ökningen kan förklaras av att det är lättare att komma till doktorn idag. Den kan också bero på att barn idag drabbas av fler infektioner t ex beroende på att alltför barn vistas på daghem.

### Har sjukligheten bland daghemsbarn ökat de senaste åren?

Sjukligheten kan studeras t ex genom dagboksregistrering av dagliga symptom hos barnen, genom antalet läkarbesök eller storleken på sjukfrånvaron från daghemmet. Vi valde att registrera sjukfrånvaron på daghem och jämföra sjukligheten oktober-april 1979/80 med motsvarande period 1987/88. Undersökningen visade att sjukfrånvaron hade minskat mellan de båda studieperioderna. Det var framför allt de äldre daghemsbarnen som svarade för den största minskningen.

Det var i första hand luftvägsinfektioner, som gav den stora sjukfrånvaron. En minskad sjukfrånvaro förekom under sista undersökningsperioden för de epidemiska barnsjukdomarna. Inga fall av mässling, påssjuka och röda hund förekom då bland barnen. Mässling resulterade tidigare i relativt lång sammanhängande sjukfrånvaro. En vattenkoppspestid förekom under den första studieperioden medan bara enstaka fall under den sista. Däremot förekom något fler pertussisfall under sista studieperi-



**Betygsnämnden presenteras av professor Bengt Scherstén.**

den. Mellan undersökningsperioderna hade allmän vaccination mot MPR införts och undersökningen talar för att den svenska vaccinationsstrategin har varit framgångrik. Däremot har vi i Sverige idag ingen allmän vaccination mot kikhosta, vilket är ett problem.

Frånvaron på grund av luftvägsinfektioner var något lägre den sista perioden. För att utesluta att streptokockepidemier förekom under undersökningsperioderna togs varje månad en svalg- och nasalodling på barnen. Isoleringfrekvensen av streptokocker var låg under båda perioderna, vilket talar för att streptokockepidemier ej förekom. Isoleringfrekvensen av övriga enskilda luftvägspatogener var dessutom likartade bland barnen under de två studerade perioderna.

### Infektionsdrabbade barn

För de flesta barnen är infektionerna under förskoleåldern inget problem. Det finns dock en stor variation i infektionsfrekvens mellan barn – en del drabbas av upprepade infektioner under daghemstiden medan andra drabbas förhållandevis sällan. Vad finns det för sociala och medicinska faktorer som skiljer dessa barngrupper åt? Hur påverkar upprepade infektioner i förskoleåldern barnen när de kommit upp i skolåldern? Får de barn som haft upprepade luftvägsinfektioner i förskoleåldern mer sällan luftvägsinfektioner i skolåldern jämfört med barn som hade få infektioner under förskoleåldern? Detta var några frågeställ-

ningar som vi ville belysa i nästa studie.

Vi valde att jämföra extremgrupper av barn med avseende på antalet antibiotikabehandlade luftvägsinfektioner som akut otit, tonsillit, purulent nasobronkit och bronkopneumoni i förskoleåldern. Skolbarnen är tagna från en studiepopulation av 395 barn födda 1975–79, som var inkluderade i en vaccinationsstudie som löpte under två år (1980–82), då deras infektionsfrekvens registrerades med läkarbesök och dagboksregistrering av infektionssymtom. Alla barn var under perioden daghemsbarn. Inklusionskriterier för att hamna i gruppen "infektionsdrabbat daghemsbarn" var att man skulle ha haft många antibiotikabehandlade luftvägsinfektioner under perioden 1980–82. För att hamna i gruppen "icke-infektionsdrabbat daghemsbarn" – i avhandlingen kallat kontrollbarn – krävdes att man skulle ha haft så få antibiotikabehandlade infektioner som möjligt under perioden 1980–82 och högst två sådana infektioner tiden före 1980–82.

Sammanlagt 41 drabbade barn och 29 kontrollbarn ville delta i studien som löpte under två år med början 1986.

Föräldrarna besvarade en enkät som berörde socioekonomiska faktorer, frågor som belyser familjens sjukdomar och problem kring infektioner. Barnen i de två grupperna var påfallande lika för en rad olika faktorer som man vanligen förknippar med infektionsbenägenhet som t ex familjestorlek, moderns yrke, utbildning, amningstid, ålder vid daghemsdebut, rökning i hemmet, bostadstyp. Anmärkningsvärt var att en större mängd mödrar till kontrollbarnen var rökare idag jämfört med mödrar till de drabbade barnen. Både infektionsdrabbade barn och kontrollbarn tillhörde privilegierade familjer, som kanske var just de som utnyttjade daghemsomsorgen i början av 80-talet och som var villiga att delta i en ny prospektiv studie.

### Infektionsdrabbade barn och familjens hälsoproblem

Vad var det då för faktorer som skilde dessa barngrupper åt? De mest påtagliga skillnader mellan barngrupperna var att en högre sjuklighet rapportera-

des hos de infektionsdrabbade barnens familjer. Föräldrarna till de drabbade barnen hade oftare t ex huvudvärk, magbesvär och sömnsvårigheter än kontrollgruppens föräldrar, men inga skillnader i dessa variabler noterades för barnen i de båda grupperna. Föräldrarna till barn i den infektionsdrabbade gruppen var också mindre nöjda med sin egen hälsa jämfört med kontrollgruppens barn, men föräldragrupperna var lika nöjda med sådant som arbetet, familjesituationen, fritidsaktiviteter och umgänge med vänner. Fler släktingar till de drabbade barnen (här inkluderat föräldrar, syskon, far- och morföräldrar) hade kända sjukdomar jämfört med släktingar till kontrollbarnen. Kardiovaskulära sjukdomar var vanligast och för denna sjukdomsgrupp blev skillnaden mellan grupperna statistiskt signifikant. Den högre rapporterade sjukligheten i den infektionsdrabbade gruppen kan bero på att dessa familjer är mer vulnerabla än andra.

I samband med enkäten träffade jag alla barn och mitt intryck var den att alla barn såg friska och pigga ut. Barnen blev erbjudna att vid sjukdom komma till en specialmottagning på vårdcentralen Södertull under den tvååriga prospektiva uppföljningen. Alla läkarbesöken registrerades och föräldrarna förde dagbok över barnens symtom på infektioner. Med hjälp av dagböckerna fick vi ett mått på hur länge varje infektion varade och med hjälp av läkarbesöken fick vi en uppfattning om hur många av infektionerna som bedömdes vara bakteriella.

### Luftvägsinfektioner i skolåldern

Insjuknandet i luftvägsinfektioner varierade under årets månader. Under våren och hösten noterades, att de drabbade förskolebarnen fortfarande hade signifikant fler luftvägsinfektioner jämfört med kontrollbarnen. I genomsnitt varade en luftvägsinfektion i åtta dagar för de drabbade barnen jämfört med 6.2 dagar för kontrollbarnen. En fjärdedel av luftvägsinfektionerna bland de drabbade barnen ledde till kontakt med läkare jämfört med cirka en femtedel av kontrollbarnens infektioner. Antibiotika förskrevs i lika hög grad till barnen i de båda grupperna. Sammanfattningsvis kan man säga att barnen i den drabbade gruppen oftare insjuknade i luftvägsinfektioner även i skolåldern jämfört med kontrollgruppens barn, men skillnader förekom i huvudsak under förkylningstider.

Sammanställningen av den årliga incidensen av bakteriella luftvägsinfektioner från födelsen visade att de drabbade barnen hade en sjunkande incidens från två års ålder medan kontrollgruppens barn hade en relativt

konstant och låg incidens år efter år. Akut otit var den vanligaste infektionen i förskoleåldern medan akut tonsillit var vanligast i skolåldern för barnen i båda grupperna. Det kvarstod alltså en skillnad i incidens av bakteriella infektioner mellan barnen när de kommit upp i skolåldern.

Trots att en del av barnen hade haft upprepade akuta otiter under förskoleåldern, hade de ingen mätbar hörselnedsättning i skolåldern, mätt som ett screeningaudiogram vid studiens början. Extra hjälp i skolan i ämnen som matematik och läsning var lika sällsynt i båda grupperna.



Ulf Jodal, opponent och Margareta Söderström.

### Barnens andra sjukdomar

Sammanställning av sjukhistorierna från journalerna, föräldrarnas muntliga anamnes och fynden under uppföljningen, gav vid handen, att de drabbade barnen föreföll ha fler svåra infektioner, komplikationer till infektioner och andra sjukdomar jämfört med kontrollbarnen. Detta tolkar vi så att dessa barn är mer vulnerabla och drabbas lättare inte bara av luftvägsinfektioner, utan även av andra sjukdomar. Fynden i studien talar för att kännedom om sjukdomar i familjen är av värde och ett incitament för distriktsläkare att utveckla arbetsmodeller i familjemedicinen.

### Kvantifiering av nasopharynxodling – går det?

Varje gång barnen i studien sökte vår specialmottagning, togs bland annat nasofarynxodling. Detta gjordes också på barnen minst två gånger när de var friska. Vi försökte utvärdera kvantiteten av framodlade luftvägspatogener i förhållande till kliniskt status; bakteriell, respektive icke-bakteriell luftvägsinfektion eller då barnen var friska. Vi använde en metod där vi skakade av bakterierna från odlingspinnen i en koksaltlösning av en bestämd mängd. Från denna blandning togs 10 µl som ströks ut på agarplattor där man, efter sedvanlig inkubering i värmeskåp,

kunde räkna antalet kolonier av de olika luftvägsbakterierna. Det visade sig, att mängden av bakterier man fick på ett nasofarynxprov var reproducerbart om man tog upprepade prov från en individ vid samma tillfälle. Den mängd bakterier av en sort man erhöll vid en klinisk bakteriell luftvägsinfektion var högre, jämfört med mängden bakterier man fick från ett nasofarynxprov från barnen med en icke-bakteriell luftvägsinfektion. Hos 60 procent av skolbarnen med kliniskt bakteriell luftvägsinfektion, förekom >10<sup>4</sup> cfu/ml (colonyforming units per ml) av minst en luftvägspatogen i nasofarynxprovet. Denna mängd luftvägspatogener återfanns hos 20 procent av de barn som hade en icke-bakteriell luftvägsinfektion och i 10 procent hos dem utan luftvägssymtom. Undersökningen talar för att semikvantifiering av luftvägspatogena bakterier kan vara av kliniskt värde åtminstone hos barn i skolåldern.

### Streptokockantikroppar

#### – nygamla rön

I en studie om infektioner bland barn kan man inte underlåta att närmare gå in på, om det föreligger skillnader i halterna av antikroppar mot vanliga luftvägspatogener. Vi hade blodprov sparade på barnen från förskoleåldern och tog nya blodprov i samband med att de inkluderades i den nya studien. Vi mätte antikropps mängderna mot streptokocker [streptolysin O (ASO) och desoxyribonucleas B (ADNB)]. Det förelåg inga skillnader i mängden antikroppar mot streptokocker mellan barngrupperna, trots att de drabbade barnen hade haft fler streptokockinfektioner. Antikropps nivåerna tycktes i stället vara åldersberoende, varför vi gjorde en utvidgad studie och inkluderade individer av olika ålder. Antikropps nivåerna varierade med åldern.



Efter disputationen, planterar respondents sitt värdräd utanför Dalby vårdcentral – familjetrådet – där fyra äppelsorter skall samsas nämligen Transparente blanche, Röd melba, Åkerö och Oranie.



Inga antikropps nivåer kunde uppmätas på barn under tre år. De flesta laboratorier har ett fixt värde på den antikropps nivå som anger om ett prov är positivt. För ASO har värdet varit >200 enheter. Vi bestämde då den 95 procent övre toleransgränsen. Det visade sig att för ASO var 200 enheter ett mycket högt värde för de yngsta barnen och för äldre, medan ett mycket lågt värde för barn i skolåldern. Detta kanske kan förklara varför man känt sig tveksam till detta prov. Vär-

det av ASO och ADNB som test kommer troligen att öka om man beaktar denna ålderskorrelerade variation.

Sammanfattningsvis har avhandlingen velat visa att

- med vaccination har man kunna minska sjukfrånvaron från daghem,
- de barn som hade många infektioner som små, också hade relativt sett fler infektioner i skolåldern,
- infektionsdrabbade barn tillhör familjer med något högre sjuklighet,
- man kanske kan vinna något, om

man kvantifierar bakterier framodlade från ett nasofarynxprov taget vid en luftvägsinfektion,

- man skall vara försiktig i tolkningen av ett isolerat antikropps svar mot streptokocker, eftersom värdena varierar med åldern.

#### Författarpresentation

*Margareta Söderström, distriktsläkare*

Postadress: Institutionen för klinisk samhällsmedicin, Vårdcentralen, 240 10 Dalby

## VÄRLDSKONGRESS I ALLMÄNMEICIN

Vancouver, British Columbia, Canada

9-14 maj, 1992

13th WONCA World Conference on Family Medicine

"Family Medicine in the 21st Century"

**OBS! DEADLINE FÖR ABSTRACTS: 1 DECEMBER 1990 OBS!**

Formulär och anvisningar för abstract till symposier och workshops kan rekvireras från tidningens redaktion, Margareta Lindborg eller Anna Källkvist, Vårdcentralen Kronan, 172 83 Sundbyberg, tel 08-98 91 00 eller 28 22 14

eller

direkt från College of Family Physicians of Canada

THE WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS



13TH WONCA WORLD CONFERENCE ON FAMILY MEDICINE

**FAMILY MEDICINE IN THE 21ST CENTURY**

MAY 9 TO 14, 1992 VANCOUVER, B.C. CANADA

Hosted by THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA AND THE B.C. CHAPTER

FREE STANDING PAPERS ARE INVITED

For further information: The College of Family Physicians of Canada 4000 Leslie Street, Willowdale, Ontario Canada M2K 2R9 Telephone: 416.493.7513 Facsimile: 416.493.3224



Tabletter 200 mg, 400 mg, 800 mg och mixtur 40 mg/ml

Antiviralt medel

J05A B01

**Deklaration.** 1 tablett à 200 mg innehåller Aciclovir. 200 mg, laktos 213,6 mg, color (indigokarmín) et constit q.s.  
1 tablett à 400 mg innehåller Aciclovir. 400 mg constit. et color (järnoxid) q.s.  
1 tablett à 800 mg innehåller Aciclovir. 800 mg, constit. et color (indigokarmín) q.s.  
1 ml mixtur innehåller Aciclovir. 40 mg, sorbitol 315 mg, constit. et aq. purif. ad 1 ml.

**Egenskaper.** Acyklovir är en acyklisk nukleosid med låg vattenlöslighet. In vitro har substansen efter bioaktivering en specifik antiviral effekt mot herpes simplex I och II samt varicella-zostervirus. Toxiciteten gentemot icke herpesinfekterade däggdjursceller är låg. Acyklovir aktiveras enzymatiskt inne i virusinfekterade celler genom inverkan av herpesspecifikt tymidinkinas. Detta virusenzym omvandlar initialt acyklovir till acyklovirmonofosfat, varefter cellens egna enzymer medierar ytterligare fosforylering, via difosfatet, till acyklovirtrifosfat. Det sistnämnda fungerar som en hämmare av och ett substrat för herpesspecifikt DNA-polymeras och förhindrar därmed vidare viral DNA-syntes. Genom denna process anrikas acyklovir och dess fosfater i virusinfekterade celler. Normala cellulära processer i icke infekterade celler påverkas endast i obetydlig utsträckning. Genom att avbryta virusreplikationen kuperar acyklovir akuta herpesvirusinfektioner. Etablerad latens i ganglier elimineras inte, vilket innebär att acyklovir ej förhindrar eventuella framtida recidiv. Proteinbindningsgraden i plasma är 9–33%. Halten av acyklovir i cerebrospinalvätskan uppgår till cirka 50% av plasmakoncentrationen. Den biologiska halveringstiden i plasma uppgår till cirka 3 timmar, men individuella variationer förekommer. Hos anuriska patienter är halveringstiden förlängd till ca 18 timmar. Acyklovir synes i viss utsträckning vara dialyserbart (hemodialys), men detta har endast studerats vid låga plasmakoncentrationer.

Hos patienter med normal njurfunktion kan totalt cirka 85% av given dos återfinnas i urinen inom 48 timmar, varav 9–14% utgöres av den terapeutiskt inaktiva metaboliten 9-karboximetoximetylguanin. Eftersom den renala utsöndringen av acyklovir överstiger kreatinin-clearance sker sannolikt eliminationen både via glomerulär filtrering och tubulär sekretion.

Acyklovir absorberas ofullständigt från gastrointestinalkanalen. Absorptionen är ickeinjär och sjunker med stigande doser. Av en dos om 200 mg absorberas ca 20%, medan av doser om 400 mg och 800 mg absorberas ca 13 respektive 9%. Vid upprepade peroral administrering av doser om 200 mg acyklovir var 4:e timme erhålles en genomsnittlig jämviktskoncentration i plasma med maximum ca 3 µmol/l och minimum ca 1,6 µmol/l. Motsvarande plasmakoncentrationer efter doser om 400 mg var 4:e timme uppgår till 5,4 µmol/l respektive 2,8 µmol/l. Upprepade doser om 800 mg var 4:e timme ger genomsnittliga jämviktskoncentrationer i plasma med maximum 6,9 µmol/l och minimum 3,5 µmol/l. Maximal plasmakoncentration uppnås 60–90 minuter efter administrering. Distribution och elimination av peroralt tillfört acyklovir överensstämmer med vad som gäller vid intravenös administrering.

**Indikationer.** Svåra infektioner i hud och slemhinnor orsakade av herpes simplexvirus. Som profylax mot herpes simplexinfektioner hos patienter med starkt nedsatt immunförsvar. Svåra fall av herpes zoster hos patienter med normalt immunförsvar, t ex zoster oftalmicus eller generaliserad zoster. Behandlingen bör då sättas in tidigt, inom 72 timmar från den första blåsans uppträdande.

**Kontraindikationer.** Överkänslighet mot acyklovir.  
**Försiktighet.** Nedsatt njurfunktion medför kumulationsrisk (se Dosering). En adekvat hydrering av äldre patienter med lågt kreatinin-clearance bör upprätthållas, särskilt vid behandling med större doser.

**Graviditet.** Kategori B:1. Se speciellt avsnitt märkt ☐.

**Amning** Grupp II. Acyklovir passerar över i modersmjölk men risk för påverkan på barnet synes osannolik med terapeutiska doser.

**Biverkningar.** 10–15% av alla behandlade patienter kan förväntas få biverkningar. Allvarliga biverkningar är sällsynta.

Vanliga (1/100) *Allmänna:* Trötthet.  
*Blod:* Sänkta värden på Hb, LPK och trombocyter.  
*CNS:* Huvudvärk, neurologiska symptom tex yrsel, förvirring, somnolens.  
*GI:* Illamående, kräkning, diarré, buksmärtor.  
*Hud:* Hudutslag.  
*Lever:* Stegning av serumbilirubin, förhöjda leverenzymvärden.  
*Urinvägar:* Lätt övergående stegring av serumurea och serumkreatinin.

De reaktioner som observeras från CNS, blod, lever och urinvägar är lindriga och övergående.

**Dosering.** *Behandling av svåra herpes simplexinfektioner hos immunkompetenta patienter:* Dosen skall ges var 4:e timme under den vakna delen av dygnet enl. nedanstående tabell.

Ålder	Dosering
<i>Tabletter</i>	
Vuxna och barn > 2 år	1 tabl. à 200 mg 5 ggr dagl.
<i>Mixtur</i>	
3 mån. – 2 år	2,5 ml 5 ggr dagl.
Vuxna och barn > 2 år	5 ml 5 ggr dagl.

Den första dosen bör tas så tidigt som möjligt i sjukdomsförloppet, helst redan i prodromalstadiet eller då lesionerna först börjar uppträda. Behandlingen bör fortgå 5–10 dygn beroende på sjukdomens svårighetsgrad.

*Profylax mot herpes simplexinfektioner hos patienter med starkt nedsatt immunförsvar:* Dosen skall ges var 5:e timme under den vakna delen av dygnet enl. nedanstående tabell.

Ålder	Dosering
<i>Tabletter</i>	
Vuxna och barn > 2 år	1 tabl. à 200 mg 4 ggr dagl.
<i>Mixtur</i>	
3 mån. – 2 år	2,5 ml 4 ggr dagl.
Vuxna och barn > 2 år	5 ml 4 ggr dagl.

Till vuxna patienter med mycket starkt nedsatt immunförsvar, t ex i perioden direkt efter benmärgstransplantation, kan dosen ökas till 400 mg var 5:e timme, dvs 4 gånger dagligen.

*Behandling av svår herpes zoster hos immunkompetenta patienter:* Vuxna: 800 mg var 4:e timme med uteslutande av den nattliga dosen, dvs 5 gånger dagligen. Behandlingen bör sättas in inom 72 timmar från första blåsans uppträdande och fortgå minst 7 dygn. Till patienter med starkt nedsatt immunförsvar (t ex efter benmärgstransplantation) och patienter med nedsatt gastrointestinal absorption bör intravenös behandling övervägas.

*Till patienter med nedsatt njurfunktion rekommenderas dosering enligt nedanstående tabell:*

Kreatinin-clearance ml/min (normalvärde 60–120)	Dosering vid nedsatt njurfunktion
10–25 ml/min	Herpes simplexinfektion: normaldos Herpes zosterinfektion: 800 mg var 6:e–8:e timme d v s 3 eller 4 ggr dagl.
< 10 ml/min	Herpes simplexinfektion: 200 mg var 12:e timme. Herpes zosterinfektion: 800 mg var 12:e timme.

**Interaktion:** Probenecid förlänger plasmahalveringstiden för acyklovir med 20%.

**Förpackningar:**

Tabletter 200 mg (blå, prägling ZOVIRAX).

25 st, 100 st.

Tabletter 400 mg (rosa, prägling ZOVIRAX 400) 56 st.

Tabletter 800 mg (blå, prägling ZOVIRAX 800) 35 st.

Mixtur 40 mg/ml (vit, banansmak) 125 ml.

**ZOVIRAX®**  
ACYCLOVIR

Wellcome Sverige AB

Dotterbolag till The Wellcome Foundation Ltd Kanalvägen 17 Box 528 183 25 Täby Telefon 08-768 07 85



Wellcome

# Nu kan du behandla svår bältros!



När bältrospatienten fått sin första blåsa har du 72 timmar på dig att sätta in Zovirax.

Äntligen är det möjligt att behandla varicella zoster eller bältros! Zovirax har redan revolutionerat behandlingen av herpes simplex infektioner. Och nu har indikationen utökats med bältros.

Zovirax ska sättas in vid svåra fall av herpes zoster hos patienter med normalt immunförsvar, tex zoster oftalmicus eller generaliserad zoster. Behandlingen bör då sättas in tidigt, inom 72 timmar från det att första blåsan uppkommit.

## Ny tablettstyrka: Zovirax 800 mg

**VIKTIGT!** Dosera 800 mg×5 i en vecka.

 **ZOVIRAX**<sup>®</sup>  
ACYCLOVIR

Wellcome Sverige AB

Dotterbolag till The Wellcome Foundation Ltd Kanalvägen 17 Box 528 183 25 Täby Telefon 08-768 07 85



Wellcome



# Att vara allmänläkare vid kvartersakut i Stockholms innerstad

STEN LARSSON

*Kvartersakut-organisation i primärvården innebär, att distriktsläkarrollen blir annorlunda än vid en traditionell vårdcentral. Den nya distriktsläkarrollen liknar mer rollen som "general practitioner" än vad vi tidigare varit vana vid i Sverige. Vi som arbetar som distriktsläkare vid Kvartersakuten vill med denna artikel beskriva förutsättningarna för vårt arbete och hur distriktsläkarrollen förändrats i den nya organisationen. Artikeln är en gemensam produkt av distriktsläkarna vid Kvartersakuten. Sten Larsson har samordnat och drivit arbetet med artikelns utformning.*

**Nyckelord:** Allmänläkare, arbetsbelastning, arbetsorganisation

## Kvartersakuten

En Kvartersakut är ett självständigt primärvårdsteam, som leds av en distriktsläkare. Tillsammans med en distriktsköterska, en undersköterska och en halvtids läkarsekreterare ansvarar distriktsläkaren för 2000 människors primärvård. BVC men ej MVC ingår i teamets arbetsuppgifter. I Stockholms innerstad finns det 25 sådana Kvartersakuter i sex olika lokaler. Vi talar här inte längre om vårdcentraler eller distriktsläkarmottagningar. Det finns inte längre någon central telefonrådgivning eller reception, utan patienten söker sig direkt till sin Kvartersakut.

Varje team förfogar över en persondator för journalföring, hjälp med kassaregistrering etc. De flesta team arbetar två och två, för att minska sårbarheten och öka flexibiliteten.

## Ibland är vi alldeles ensamma med patienten på mottagningen

Varje distriktsläkare har organiserat mottagningsarbetet tillsammans med sina närmaste medarbetare. Lösningarna på problemen har därmed blivit olika vid de olika Kvartersakuterna. Eftersom undersköterskornas arbetsuppgift huvudsakligen är i hemsjukvård, är tillgången till deras assistens på mottagningen begränsad. Vi planerar tillsammans med undersköterskan gynekologiska undersökningar, rektoskopier, småoperationer etc till tider då hon är inne på mottagningen. I

praktiken fungerar systemet så att läkaren sällan blir tvungen att sy sår själv eller ta EKG själv, men visst förekommer det! De flesta av oss har givit läkarsekreteraren viss efterutbildning, så att hon kan assistera vid enklare undersökningar när så behövs.

En tidskrävande arbetsuppgift som undersköterskan hade i den tidigare vårdcentralorganisationen var, att bära journaler fram och tillbaka till doktorn och visa in patienten till undersökningsrummet. Den senare uppgiften klarar vi med fördel själva! Den första arbetsuppgiften har försvunnit i och med att vi datoriserat. Vi tar själva betalt av patienten vid varje konsultation. Det har visat sig att det inte är särskilt tidskrävande för läkaren att ta betalt av patienten, men oron över att så skulle vara fallet var onekligen stor innan vi började att sköta denna arbetsuppgift själva.

Alla läkare har telefontid mellan en halv och en timme per dag. Vi eftersträvar att hålla telefonlinjen öppen för inkommande samtal till läkaren under hela dagen. Det har visat sig att patienterna i stort sett respekterar telefontiden och endast vid akuta fall kontaktar läkaren under övrig tid. När inkommande telefonsamtal känns betydande eller är olämpliga, kopplas telefonen över till sekreteraren. Hon och distriktsköterskan tar också emot tidsbeställningar.

## Varierande arbetsuppgifter i olika tempo under dagen

De flesta av oss börjar dagen med telefontid och hinner med något eller några tidsbeställda besök under förmiddagen. Den största delen av förmiddagen ägnas emellertid åt öppen mottagning utan tidsbeställning. Efter lunch följer ett par timmars traditionell tidsbeställd mottagning, oftast inte längre än fram till 15-15.30. Dagen avslutas antingen med hembesök eller med pappersarbete. Den direkta telefonkontakten med patienterna öppnar en ny dimension för samarbete mellan läkare och patient. Besöken blir bättre introducerade och visar sig dessutom många gånger inte behövas. Vi upplever att arbetet med telefonens hjälp påtagligt effektiviseras samtidigt som det blir personligare. En förutsättning för att läkaren skall göra ett bra arbete vid telefonkontaktarna är den omedelbara tillgången till journalen, vilket datorn ger möjlighet

till. Arbetsbelastningen mätt i antalet konsultationer per dag är ungefär densamma som vid vårdcentralarbete i Stockholm. Mellan 15 och 20 patienter konsulterar oss varje dag. Den stora skillnaden i arbetssätt är hembesöken, som utgör cirka fem procent av samtliga besök och den öppna mottagningen som ibland kan vara mycket belastad, men ibland också ganska stillsam.

## Öppen mottagning fungerar utmärkt om man känner patienterna

Dagtid är vi samtliga jour varje dag för våra egna patienter. Det har visat sig, att patienterna snabbt lär sig söka upp sin egen Kvartersakut och sin egen doktor, när de behöver oss. Vår erfarenhet är, att öppen mottagning är en bra arbetsform, både för läkaren och patienten, under förutsättning att läkaren sedan tidigare känner de flesta patienterna som sitter i väntrummet.

Att börja som ny läkare vid Kvartersakuten kan vara en tuff arbetsuppgift. I början när många patienter är helt nya, kan det kännas tungt att möta ett stort antal patienter på öppen mottagning. När läkaren lärt känna patienterna, fungerar det utmärkt.

Vår erfarenhet är att det är tack-samt att möta patienterna vid de tillfällen då de själva efterfrågar vår hjälp. Det är ofta då också lättare att snabbt komma fram till en förståelse för patientens egentliga problematik. Inte sällan upplevde vi att problemformuleringarna på RP-blanketten snarare komplicerade än underlättade konsultationerna.

## Vi har återfått makten över tidboken!

Vi har var och en vår egen tidbok. En del läkare sätter av mycket tid för öppen mottagning, andra mindre. En del läkare föredrar att kalla patienter, andra låter patienter med kroniska sjukdomar höra av sig själva, när de har behov av konsultation. Borta är den gemensamma pärmen med alla läkarnas tider. Dessa förändringar upplever de flesta av oss som en klar arbetsmiljöförbättring. Självklart förekommer det att både distriktsköterska och läkarsekreterare sätter upp patienter i tidboken, men för boken ansvarar läkaren. Äntligen har vi fått möjlighet att styra vår arbetsdag själva! Denna ökade frihet innebär givetvis också ett ökat ansvar. Det är dock onekligen lättare att vara "sin egen herres slav än någon annans slav".

### Vidareutbildning hos "general practitioners" i Europas storstäder

Under Kvartersakutens första verksamhetsår har vi alla besökt någon storstad utanför Sverige. Vi har därvid träffat kollegor, som arbetar under andra förutsättningar än våra men möter samma problematik. Detta har varit vidareutvecklande. Resorna har vi företagit tillsammans med våra närmaste medarbetare. När vi nu snart går in på det tredje året med Kvartersakuten, planerar vi för fler resor.

En annan form av efterutbildning är den vi organiserar själva. Vi har funnit att hela gruppen på 25 distriktsläkare är för stor för god efterutbildning. Därför har vi delat in oss i tre efterutbildningsgrupper, som träffas regelbundet en och en halv timme var fjortonde dag. Tema för dessa träffar planeras av deltagande läkare. Samtliga läkare vid Kvartersakuten träffas dessutom var fjortonde dag för att diskutera problem av mer organisatorisk art.

Distriktsläkarna vid Kvartersakuten har en till två gånger per år deltagit i två-dagars kurser med tema "arbetsledarrollen - distriktsläkarrollen i samhället". Dessa kurser har organiserats av oss själva tillsammans med ett konsultföretag, Sinova. Denna form av efterutbildning är, enligt vår erfarenhet, utomordentligt betydelsefull.

Vid flera team har läkarna organiserat en eller en halv dags utbildning för sig själva och sina medarbetare i teamen.

### Läkarna samarbetar

Läkarna täcker upp varandra vid sjukdom, kurser och ledigheter. Varje läkare har en kollega, oftast den som sköter det närliggande distriktet, att i första hand vända sig till vid behov av hjälp. På detta sätt kan vi själva organisera våra egna ledigheter, kurser o s v. Vi hjälper varandra i viss mån vid ojämn belastning på öppen mottagning. En av oss har också ett samordnande ansvar för läkarplaneringen för hela området.

I denna organisationsmodell är vårdcentralschefer helt onödiga. Primärvårdsledningen är desto viktigare. Den måste sätta upp målen för verksamheten och följa upp resultaten. En viktig uppgift för primärvårdsledningen är att stötta distriktsläkaren i dennes ledningsfunktioner.

### Forskning också en uppgift för distriktsläkare

Ungefär en tredjedel av läkarna vid Kvartersakuten har någon form av eget forskningsprojekt. Dessa läkare träffas regelbundet i Kvartersakutens forskarcirkel. Vid dessa träffar avhandlas dels egna projekt, dels bjuds andra forskare i primärvården in. Vi bevakar också litteraturen. Träffarna i

forskarcirkeln sker till 50 procent på arbetstid och till 50 procent på fritid, två timmar varannan vecka.

### Jourarbete

Samtliga 25 distriktsläkare delar på jourarbetet nattetid och helger. Den jourhavande gör vanligen hembesök eller tar emot sina patienter själv. Vi arbetar dock tillsammans med distriktsköterskan och undersköterskan i kvälls- och nattpatrullen, vilket betyder att vi får hjälp när så behövs, både med mottagningen och vid hembesöken. Vi passar telefonen själva och använder personsökare och mobiltelefon för att hålla oss tillgängliga för patienterna, när vi lämnar mottagningen för hembesök. Kvantitativt sett är jourarbetet inte särskilt betungande. Vanligen blir det mellan ett och fyra hembesök under en jourkväll och efterföljande journatt.

De flesta människor föredrar att söka upp sin egen läkare dagtid. Vår erfarenhet från juren visar, att de flesta sjukdomstillstånd handläggs bättre av den egna läkaren dagen efter. I den mån det behövs och om patienten finner det lämpligt, rapporterar vi över de jourfall som behöver

följas upp till ordinarie distriktsläkare. Jourkompensationen tas nästan undantagslöst ut i ledighet.

### En genomgripande förändring som underlättat patientkontakterna

En genomgripande organisationsförändring som vår är självklart krävande. När vi nu snart hållit på i två år, börjar rutinerna fungera och de stora fördelarna med systemet blivit uppenbara. Kärnan i förändringen är, att kontakten mellan patienten och doktorn är direkt, till skillnad från patient-läkarkontakten i en traditionell vårdcentralsorganisation. Inget krångel med reception, mottagningsköterska etc. Detta innebär en lättnad, som är påtaglig både för patient och doktor. Självklart kan den minskade uppässningen från undersköterskor och sjuksköterskor och stora krav på flexibilitet upplevas som betungande, men tillfredsställelsen med att arbeta nära patienterna uppväger detta.

### Författarpresentation

Sten Larsson, distriktsläkare

Postadress: Kvartersakuten, Surbrunnsgatan 66, 113 27 Stockholm

## BÄSTA SÄTTET ATT FIRA RÖDA KORSETS JUBILEUM: SKÄNK 125 KRONOR!

125 kronor är en krona för varje år som Svenska röda korset räddat liv och lindrat nöd över hela världen och här hemma. Det kan det väl vara värt att hjälpa Röda korset att fortsätta hjälpa?



- Ja, jag skänker gärna 125:- till Svenska röda korsets hjälparbete.
- Ja, jag vill gå med i Röda korset (årsavgift 75:-).  
Sänd inga pengar nu. Vänta till inbetalningskort kommer!

Namn \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_

Postnr \_\_\_\_\_

Postadress \_\_\_\_\_

Skicka kupongen snarast till Röda korset,  
110 05 Stockholm. Märk kuvertet "Frisvar", så slipper du sätta på frimärke. Röda korset betalar portot.

Du kan också sätta in pengarna direkt på giro 900 800-4!

Vi känner till **TVÅ**  
bra sätt att hålla  
läkemedelskostnaderna  
nera...



... och vi kan  
erbjuda båda.



SVENSKA **BOTA** LÄKEMEDEL AB

Skeppsbron 24, 111 30 Stockholm. 08-24 12 12



# Psykosomatik i primärvården – ur sjukgymnastiskt perspektiv

LB06570

KERSTIN WIJMKARK

*Här ges några glimtar ur en sjukgymnastisk verksamhet i Linköping, där en unik möjlighet givits till specialisering inom psykosomatikens område. Det känns angeläget att inom primärvården visa fram ett sjukgymnastiskt arbetssätt, som tidigare varit mest förbehållet psykiatri.*

**Nyckelord:** Sjukgymnastik, psykosomatiska sjukdomar, psykiatri

## Patientfall

–"54-årig kvinna som under en 10-årsperiod flera gånger har sökt för okarakteristisk bröstsmärta. Arbetsprov har flera gånger varit negativa, inga tecken till coronarkramp eller annan hjärtåkomma. Patienten är mycket fixerad vid att hon har en hjärtsjukdom, varför det vore angeläget med sjukgymnastisk undersökning och eventuell behandling för att klarlägga situationen."

Under första samtalet tar patienten upp att hon, förutom bröstsmärtorna, känner stark trötthet, ofta är nedstämd, har svårt för att koncentrera sig och svårt för att sova. Med i bilden finns även stora krav på sig själv och vana att tänka mer på andra än på sig själv. Under samtalets gång belyses patientens liv från olika håll och en, för oss båda tydlig obalans växer fram mellan vad hon skulle vilja göra med sitt liv och vad hon faktiskt gör. Vi kommer in på stress och hur den kan se ut på olika sätt. Som hjälp i samtalet har jag några planscher, som ytterligare klargör sambanden bakom stress och psykosomatik. Efter detta inledande timplånga samtal säger sig patienten se sitt livsmönster med större skärpa än tidigare, börjar förstå bakgrunden till sina smärtor och sin stundtals förlamande trötthet. Hon tycker sig faktiskt redan må lite bättre och känner sig gladare. Målsättningen i den fortsatta behandlingen (1 tim/vecka) blir att söka minska patientens generella spänningsnivå i kroppen. Detta sker genom avspänningsövningar och speciella massagetekniker som frigör andningen. Parallellt med detta får patienten en allt större tillgång till sina känslor. Vanliga kommentarer från min patient i detta skede är till exempel "jag har lagt märke till" (kroppsmedvetande), "jag har börjat ändra på" (kroppsbehärskning), "det känns så skönt" (fördju-

pad kroppsupplevelse). Efter sju behandlingar sätts denna patient in i en kroppskännedomsgupp 1.5 tim/vecka tillsammans med ett tiotal andra män och kvinnor. Parallellt med gruppträningen fortsätter vi den individuella kontakten en gång i veckan ett tag till, för att jag ska ha möjlighet att även följa patientens psykiska process. Patienten känner nu ytterst sällan av sina bröstsmärtor. Däremot lägger hon tydligare än tidigare märke till hur och var hon spänner sig i vissa situationer. Närheten till kroppen har ökat väsentligt. Den terapi som beskrivits är ännu inte avslutad. För patientens del fortsätter processen förhoppningsvis livet ut sedan den väl kommit igång. Eventuellt kan en kortare behandlingsserie behövas om cirka ett år, för att patienten inte ska förlora kontakten med det nya spår som hon kommit in på – att leva *med* sin kropp, inte *mot* den eller *trots* den.

## Specialinriktad sjukgymnastik

Sedan augusti 1988 har jag innehaft en nyinrättad tjänst som distriktsgymnast med psykosomatisk inriktning på Skogsfrids vårdcentral i Linköping. Olika anledningar ligger till grund för ett ökat behov inom primärvården av en sjukgymnastisk specialinriktning mot psykiatri och psykosomatik. Inom primärvården är det ju numera så att endast ett fåtal patienter med en svårare psykiatrisk symtombild remitteras vidare till specialistkliniker.

Omstrukturering av den psykiatriska vården har tillsammans med ett ökat helhetstänkande bidragit till denna utveckling. Psykiatrisk sjukgymnastik har under de 10–15 senaste åren genomgått en snabb utveckling. Man har bland annat funnit att kroppskännedomsbehandling (1–6) är ett utmärkt sätt att hjälpa patienter med olika psykosomatiska problem. Exempel på patientdiagnoser som kan komma ifråga är spänningshuvudvärk, spänningssyrsel, oklara bröstsmärtor, gastrit, colon irritabile, ospecifika nack- och ryggbesvär, sömnsvårigheter. Generellt kan nämnas att patientens ålder naturligtvis inverkar på hans/hennes förmåga att "lära om" i sina invanda mönster. Patienter över 65–70 år är av den anledningen sällsynta i den del av min verksamhet som går ut på ren kroppskännedomsträning individuellt eller i grupp.

Kroppskännedomsträning, där avspänning ingår som en del, handlar i stort om att varsamt leda en människa

tillbaka till hans/hennes friska kärna och där söka aktivera de inneboende resurserna. Arbetet med kroppen väcker ofta minnen och tankar hos patienten. För att bryta det psykosomatiska beteendemönstret måste därför även den psykiska processen integreras i behandlingsförloppet. Övningarna varvas med samtal, där min egen uppgift främst består i att lyssna och bekräfta patienten.

Förutom eget patientarbete ingår i tjänsten dels att bedriva viss undervisning för personal inom primärvården, dels att handleda och i enskilda patientärenden vara konsult för kollegor på andra vårdcentraler. På detta sätt ökar sjukgymnasternas intresse och kompetensnivå inom psykosomatiken. Man får härigenom lättare att hitta nya infallsvinklar som komplement till övrig behandling. Detta bör enligt min mening på sikt även innebära en god avlastning för distriktsläkarna i det tidskrävande arbetet med de allt fler människor som söker hjälp för psykosomatiska problem.

## Referenser

1. Bjerin C. Kroppskännedom i företagshälsovården. Sjukgymnasten 1988;9.
2. Hult B. Psykiatrisk sjukgymnastik i somatisk vård. Sjukgymnasten 1981;11.
3. Roxendal G. Levande människa. LIC förlag 1981;15–74.
4. Ett helhetsperspektiv – sjukgymnastik inför framtiden. Studentlitteratur 1987;31:76–97.
5. Dropsy J. Leva i sin kropp. Natur och Kultur, 1987.
6. Dropsy J. Den harmoniska kroppen. Natur och Kultur, 1988.

## Författarpresentation

*Kerstin Wijmkark, leg sjukgymnast. Anställd som sjukgymnast med psykosomatisk inriktning vid vårdcentralen Skogsfrid*

Postadress: Westmansgatan 18. 582 46 Linköping.

# Kommundiagnostik i grundutbildningen av läkare

PETER NILSSON

*Intresset för att använda lokala hälsobeskrivningar i det kliniska arbetet har ökat under senare år. Denna arbetsuppgift har introducerats i grundutbildningen av läkare på termin 10 under öppenvårdstjänstgöringen tillsammans med epidemiologi. Metodik och erfarenheter kring detta redovisas här.*

**Nyckelord:** Samhällsdiagnos, medicinsk utbildning, kommundiagnos

Vid institutionen för klinisk samhällsmedicin i Dalby bedrivs undervisning av medicine kandidater, terminerna 1, 3, 6 och 10. Tonvikten ligger på termin 10, då vi organiserar två veckors föreläsningar samt problemorienterade gruppdiskussioner. Dessutom förekommer en veckas tjänstgöring i primärvården, förlagd till vårdcentraler i södra regionen. Under denna tid har varje medicine kandidat haft till uppgift, att på basen av statistiska uppgifter, som vi tillhandahåller, skriva en kommundiagnos. Vi har gjort ett försök att ha denna uppgift som en integrerad del av vår undervisning under perioden 1987-89. Efterhand har arbetsuppgiften utvecklats i takt med ökade erfarenheter. Vi har i sammanlagt 37 kommuner, på ett varierande antal vårdcentraler inom varje kommun, haft några av våra cirka 225 kandidater under den aktuella tidsperioden. Nedan ges en kort sammanfattning av metodik och resultat vad avser denna arbetsuppgift.

## Metodik och förutsättningar

Under den första veckan på termin 10, på kursen i klinisk samhällsmedicin, hålls en inledande föreläsning på en timme om begreppet kommundiagnostik i historisk och aktuell mening. Där framhålls att begreppet har ett flertal rötter, som t ex de tidigare provinsialläkarrapporterna i Sverige, som framställdes under mer än hundra år och där lokala hälsoförhållanden beskrivits. Ett annat exempel är de erfarenheter som finns från tredje världen, där man i en knapp sjukvårdsekonomi måste hushålla med resurser och optimalt använda dessa för lokala hälsoproblem. Kommundiagnoser skall också ses som ett modernt instrument för epidemiologisk kartläggning av hälsoproblem i lokalsamhället och för att kunna anpassa

sjukvårdsapparaten därefter. Det poängteras att i framtiden flera av kandidaterna kommer att tjänstgöra som klinikchefer, primärvårdschefer eller som deras medhjälpare. Detta får betydelse för lokalt budgetarbete då lokal statistik och epidemiologi måste ligga till grund för prioriteringar inom vården. Som teoretiskt bakgrundsmaterial har en artikel av Bo Haglund använts (1). Han har också i sitt avhandlingsarbete prövat kommundiagnostik i vårt land.

Efter denna föreläsning får våra kandidater ett skrivet exempel från en tidigare kurs om Landskrona kommun. I denna kommun finns ett flertal hälsoproblem som analyserats i handledd gruppdiskussion. Genom denna introduktion kan varje kandidat förstå bakgrunden till arbetsuppgiften. Vi har sedan utdelat ett kompendium att ha till läns under tjänstgöringsveckan i primärvården ute på olika vårdcentraler. I detta kompendium finns statistik samlad från Spri's och Socialstyrelsens olika register som kommunvis beskriver cancerincidens och förlösningsutfall. Även övrig statistik beträffande äldreomsorg, sjukskrivning, morbiditet och mortalitet bifogas. Varje kandidat har sedan, tillsammans med lokal handledare på vårdcentralen, fått gå igenom detta material och skriva en kommundiagnos på 2-3 A4-sidor. Där skall finnas uppgifter om demografiska och socioekonomiska bakgrundsdata samt näringslivsstruktur, mortalitet (uppdelat på kön och åldergrupper), vårdorganisationens lokala struktur och vårdkonsumtion i öppen och slutenvård. Lokala hälsorisker skall beskrivas, analyseras och kommenteras utifrån möjligheterna att med preventiva strategier göra något åt dem. Vi har under den senare delen av vår försöksperiod bantat arbetsuppgiften till att fokusera två lokala hälsoproblem i ett primärvårdsområde/kommun. Särskild vikt har lagt vid kandidatens egna analyser samt modeller för ett preventivt arbete i lokalsamhället. Här kan frågor komma in om hur begränsade resurser bäst kan användas och vilka lokala samarbetspartners som finns som på ett naturligt sätt. Det blir samtidigt en träning i hälsoekonomiskt tänkande inom preventionsfältet.

## Utvärdering av arbetet

Vid gruppövningar under sista kursveckan går vi sedan igenom varje kommundiagnos, där en annan kandi-

dat utses till opponenter och får ge synpunkter på arbetets metodik och resultat. Lärare och amanuenser från vår institution har bidragit med sammanfattande bedömningar och då problem uppstått vid tolkning av data. Det har varit en pedagogisk fördel om 5-6 kandidater sammanförts för gruppdiskussion när de skrivit kommundiagnoser från sociodemografiskt skilda kommuner, t ex stad respektive landsbygdskommuner. Det har då tydligt framkommit hur annorlunda sjukdomspanoramata ser ut och hur skilda krav detta ställer på sjukvårdsapparaten. Som belöning utdelas till sist en gammal provinsialläkarrapport från 1822. Efter kurserna har kommundiagnoserna kopierats och skickats till respektive lokal handledare på vårdcentralen för information. Särskilda möten med våra handledare har organiserats av studierektor Mogens Hey vid vår institution, för att fortlöpande utveckla arbetsmetoderna.

## Referenser

1. Haglund B. The Community Diagnosis Concept. Scand J Prim Health Care 1988;Suppl 1:11-21.

## Författarpresentation

Peter Nilsson, distriktsläkare och klinisk assistent

Postadress: Centrum för samhällsmedicin, 240 10 Dalby

**Glöm inte  
FV-rapporten  
1990**

**Sista  
inlämningsdag  
91-01-01**

# Frågor och svar

LARS-OLOF HENSJÖ



APOTEKSBOLAGET

Regionala läkemedelsinformationscentraler (LIC) finns sedan 1974 på Huddinge sjukhus och sedan 1986 i Lund (ELIS). LIC bemannas av kliniska farmakologer, farmaceuter och sekreterare och liknande enheter byggs nu upp vid landets övriga universitetssjukhus genom aktivt samarbete mellan kliniska farmakologer och Apoteksbolaget. LIC besvarar frågor från läkare, farmaceuter och sjuksköterskor. Frågorna, i första hand kliniska läkemedelsproblem, besvaras efter litteraturgenomgång och diskussion vid respektive LIC. Frågor och svar lagras sedan i den gemensamma databasen Drugline, utvecklad vid Huddinge LIC och tillgänglig som en del av Medline.

För att ge ökad spridning av frågor/svar som behandlas vid läkemedelsinformationscentralerna, kommer jag att i AllmänMedicin publicera några frågor som kan intressera läsekretsen. Har Du synpunkter på vilka ämnen jag skall ta upp i denna spalt, skriv eller ring till Lars-Olof Hensjö, Vårdcentralen, Skärgårdsvägen 7, 134 00 Gustavsberg, tel 0766/38500.

Denna gång presenteras frågor från Huddinge LIC.

Två av frågorna behandlar inte läkemedel, men då de båda belyser två viktiga begrepp inom den kliniska farmakologin, nämligen biotillgänglighet och distributionsvoym, är de ändå av stort intresse.

Om "distributionsvolym" finns, i Läkemedelsboken 89/90, en utmärkt förklaring i kapitlet "Läkemedelsfördelning och elimination" författat av Gunnar Alván, Huddings sjukhus.

I artikeln kan vi bland annat läsa: "Sedan ett läkemedel nått allmänna blodloppet, fördelas det ut till vävnaderna. Fördelningen, också benämnd distribueringen, är av varierande grad för de olika läkemedlen. Hur mycket som stannar kvar i blodbanan, betingas bland annat av hur mycket av läkemedlet som binds till plasmaproteinerna. Ett indirekt mått på fördelningen fås genom den så kallade fördelningsvolymen (egentligen den skenbara fördelningsvolymen). Detta är en tänkt volym som multiplicerad med plasmakoncentrationen, ger den totala mängden läkemedel i kroppen".

Den spännande fortsättningen kan Du själv läsa i Läkemedelsboken sidan 622.

## FRÅGA

Frågeställaren har läst i en dagstidning, att män kan metabolisera etanol i mag- och tarmslemhinnan, bättre än kvinnor och att de därför tolererar alkohol bättre. Hur relevant är nu denna information?

## SVAR

Etanol absorberas snabbt från ventrikel, tunntarm och colon. Efter absorption distribueras etanol relativt jämnt i vävnaderna och kroppsvätskorna. 90–98 procent av etanolet oxideras i kroppen. Oxideringshastigheten är konstant över tiden och är grovt sett proportionell mot kroppsvikten och leverns vikt. Maximal daglig metabolisering av etanol är omkring 450 ml.

Huvudsakliga metaboliseringen sker i levern och där främst genom två enzymssystem: alkoholdehydrogenas som svarar för 80–85 procent av metaboliseringen samt ett mikrosomalt etanoloxidationssystem som svarar för 10–15 procent.

Helt nyligen har man dock funnit, att en betydande första passage-effekt sker redan genom lokal oxidation i magsäckens mucosa, som innehåller alkoholdehydrogenas.

Det är känt att kvinnor får högre alkoholkoncentrations-toppar än män, även om man räknar om intaget i relation till kroppsvikten. Skillnaden har förklarats genom det lägre vatteninnehållet i kvinnans kropp jämfört med mannens, vilket skulle leda till mindre distributionsvolym. Denna uppfattning har ifrågasatts av bland andra Frezza, som har funnit att kvinnor och män uppnår samma blodkoncentrationer om etanol tillförs intravenöst.

Enligt denna forskargrupp skulle de skillnader man finner mellan könen kunna förklaras snarare av skillnader i magslemhinnans kapacitet att oxidera etanol. Man har också genom försök hos både alkoholiserade och icke-alkoholiserade män respektive kvinnor funnit skillnader som skulle kunna förklara skillnaderna – hos icke-alkoholiserade kvinnor var magslemhinnans alkoholdehydrogenasaktivitet 59 procent av männens och förstapassagemetabolismen 23 procent av männens. Hos alkoholiserade män var alkoholdehydrogenasaktiviteten reducerad cirka 50 procent jämfört med icke-alkoholiserade män. Slutsatsen som man drog var alltså den att etanols biotillgänglighet var större hos kvinnor jämfört med den hos män, beroende på mindre magsäcksalcoholdehydrogenasaktivitet.

## FRÅGA

En 46-årig man har en sedan tidigare känd överkänslighet mot ASA (han har reagerat med ett erytematöst exantem på händer och fötter). I smärtstillande syfte påbörjas paracetamolbehandling, men på grund av otillräcklig effekt övergår patienten till Distalgesic (som innehåller dextropropoxifen och paracetamol). I samband med detta utvecklar patienten ett liknande exantem på händer och fötter.

## SVAR

Trots omfattande litteratursökning, inklusive databasen Medline, har vi inte funnit någon dokumentation om korsreaktion mellan ASA och dextropropoxifen avseende överkänslighet. Rekomenderade alternativa analgetika vid ABA-överkänslighet är paracetamol och dextropropoxifen (enligt Läkemedelsboken 89/90). Biverkningarna är kvalitativt samma för dextropropoxifen som för kodein, men ger troligen något mindre förstoppning och komplikationer från gallvägarna.

Till Socialstyrelsens biverkningsregister har under perioden 1967–89 anmälts 81 fall av hudbiverkningar i samband med dextropropoxifenbehandling varav 31 uppges vara exantem. Sju av dessa 31 fall behandlades med enbart dextropropoxifen där samband bedömdes som troligt. I resterande fall förelåg kombinationsbehandling med paracetamol alternativt ASA. Vi föreslår att även detta fall rapporteras till Socialstyrelsens biverkningssektion.

## FRÅGA

Vilken är distributionsvolymen för cannabinoider?

## SVAR

Tetrahydrocannabinol är en fettlöslig molekyl som absorberas snabbt och distribueras till fettvävnader. Distributionsvolymen är beräknad till 500–2000 liter. Enligt erfarenhet ses positivt urintest ibland upp till en och en halv månad efter avslutat missbruk.



# Receptkunder vill ha både muntlig och skriftlig information

BRITTA LISPER

Sedan 1985 har apotekens receptkunder regelmässigt fått skriftlig information i form av behandlingsanvisningar – "Information om Din medicin". Dessa är avsedda att komplettera läkarens och apotekens muntliga information.

Apotekens informationsinsatser har tidigare utvärderats, vilket redovisats i bland annat AllmänMedicin nr 4 1988.

Under 1988 genomfördes ytterligare en undersökning, vars främsta syfte var att kartlägga kundernas attityd till apotekens läkemedelsinformation och till hur man hanterar sina läkemedel.

Cirka 100 personer som under en viss tidsperiod hämtat ut recept på apoteket Hjorten i Västerås, intervjuades per telefon efter ett strukturerat frågeformulär. Hälften hade hämtat ut recept på betablockerande medel och hälften på tetracykliner (dock ej förskrivet enligt smittskyddslagen). Åldersfördelningen i grupperna blev, inte helt oväntat, något olika med drygt 50 procent under 40 år i tetracyklingruppen, drygt 60 procent över 60 år i betablockerargruppen.

Här följer några axplock av resultaten:

- Tre personer kunde inte uppge diagnos.
- Var femte person hade svårt att komma ihåg att ta medicinen. Av dessa använde endast en person doseringshjälpmedel. För personer med betablockerare var problemet större (28 procent). Denna grupp är äldre än tetracyklingruppen och kan ha många läkemedel att hålla reda på.
- 13 personer använde hjälpmedel (vanligen Dosett). De flesta i betablockerargruppen.
- 97 procent hade fått informationsblad på apoteket. Närmare 90 procent av kvinnorna men endast knappt 60 procent av männen hade kvar informationsbladet. De som fått behandlingsanvisning 5 (betablockerare), förvarade informationsbladet tillsammans med medicinen i betydligt större utsträckning än de som fått behandlingsanvisning 14 (tetracyklin). Alla som fått bladet uppgav att de hade läst det och i stort sett alla ansåg att texten var tydlig och lätt att förstå, något som också stämmer väl överens med resultaten från tidigare studier.
- 29 procent angav att personalen lade ner bladet i påsen utan att ge muntlig information. Fler i tetracyklingruppen erhöll både muntlig och skriftlig information (78 mot 55 procent).
- Av dem som fått både skriftlig och muntlig information ansåg 80 procent att apotekets information var mycket bra mot 60 procent för dem som enbart fått skriftlig. Genomsnittligt tycker 70 procent av de intervjuade kunderna, att informationen är mycket bra (Tabell I).

**Tabell I. Allmänt intryck av apotekets information. Patienter som fått behandlingsanvisning Betablockerare (5) respektive Tetracyklin (14) samt totalt.**

	BEH 5 procent	BEH 14 procent	Totalt, procent
Mycket bra	59.6	81.6	70.8
Ganska bra, sådär och liknande omdöme	31.9	16.3	24.0
Dåligt	6.4	–	3.1
Blank	2.1	2.0	2.1
<b>Totalt</b>	<b>100.0</b>	<b>99.9</b>	<b>100.0</b>

– 97 procent ansåg det viktigt att få information om de läkemedel de använde, men endast 1/3 ville ha information varje gång medicinen hämtades ut. Av betablockerargruppen ville cirka 10 procent ha information varje gång. Många i denna grupp tyckte att man redan visste det man ansåg sig behöva veta.

– 60 procent ville ha både skriftlig och muntlig information och lika många att både läkare och apotek skall informera (Tabell II).

**Tabell II. Föredragen informationsmetod. Patienter som fått behandlingsanvisning Betablockerare (5) respektive Tetracyklin (14) samt totalt.**

	BEH 5 procent	BEH 14 procent	Totalt, procent
Muntligt	–	8.2	4.2
Skriftligt	44.7	26.5	35.4
Både muntligt och skriftligt	53.2	65.3	59.4
Vet ej	–	–	–
Annat, vill ej ha information, får hos läkaren	2.1	–	1.0
<b>Totalt</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

## Vilken information anser man är viktigast?

Intervjupersonerna ombads prioritera de avsnitt som de ansåg vara viktigast respektive näst viktigast och ange om just den informationen var lagom/för mycket/för litet i omfattning på informationsbladen.

– Information om biverkningar anser 64 procent av betablockerargruppen och 47 procent av tetracyklingruppen vara allra viktigast. Hur man ska ta medicinen anser 6 procent av betablockerargruppen och 23 procent av tetracyklingruppen vara den viktigaste informationen.

I stort sett alla tyckte att avsnitten är lagom omfattande. Resultatet stämmer väl överens med tidigare undersökningar. Det var främst betablockerarpatienterna som ansåg att biverkningsinformationen var viktigast. Möjligen kan det bero på att känns det extra viktigt, att veta graden och arten av eventuella biverkningar, om man skall använda ett läkemedel under lång tid.

På frågan "Tycker Du det är bra eller dåligt om informationen innehåller alla biverkningar, till exempel sådana som bara en person av 1 miljon får?" svarade 64 procent "ja". Denna åsikt var mycket markant i framför allt betablockerargruppen.

Attityder till läkemedel och medicinering är ett intressant område, där mycket litet hittills har gjorts. För närvarande pågår en större undersökning på uppdrag av Apoteksbolaget. Skiljer sig attityderna hos personer som medicinerar respektive inte medicinerar? Skiljer sig uppfattningarna mellan dem som står på kontinuerlig läkemedelsbehandling respektive dem som endast har erfarenhet av mer akuta behov? Kanske kan vi berätta mer om detta i något av höstens nummer.

# Apoteken satsar på de äldre

BRITTA LISPER



APOTEKSBOLAGET

Hösten 1990 har apoteken en kampanj kring temat "Läkemedel och äldre". Kampanjen riktar sig framför allt till de kunder som är "storkonsumenter" av läkemedel och i äldregruppen finns det många som använder 3-4 läkemedel eller mer.

Äldre personer är den största kundgruppen på apoteken. Personer över 65 år utgör cirka 18 procent av befolkningen, men konsumerar 40 procent av förskrivna läkemedel i öppenvården.

## Ju fler desto svårare

Huvudbudskapet är att det är lätt att göra fel när man har många läkemedel. Med hjälp av hundar som drar åt olika håll, illustreras problemet på en av kampanjens affischer. Det är lättare att glömma, att ta för mycket, att ta för litet eller ta fel, när man använder många läkemedel. Som läkemedelskonsument har man också själv ett ansvar för att skaffa den kunskap man behöver, för att ta sin medicin på bästa sätt.

## Det finns inga dumma frågor

Med hjälp av iögonfallande affischer, utställning, video och artiklar i kundtidningen Apoteket, vill apotekspersonalen få "storkonsumenterna", och det är då ofta äldre personer, att våga fråga om sina mediciner. Och att fråga igen om man känner sig osäker! Det finns inga dumma frågor.

Apoteken har de senaste två åren haft utbildning kring området läkemedel och äldre och kampanjen kan ses som en uppföljning av denna utbildningsåtgärd. En mer individualiserad information till kunden är målet. För apotekets personal inriktas aktiviteten på att diskutera hur man kan öka kommunikationen med kunderna och därmed få till stånd en mer konstruktiv dialog.

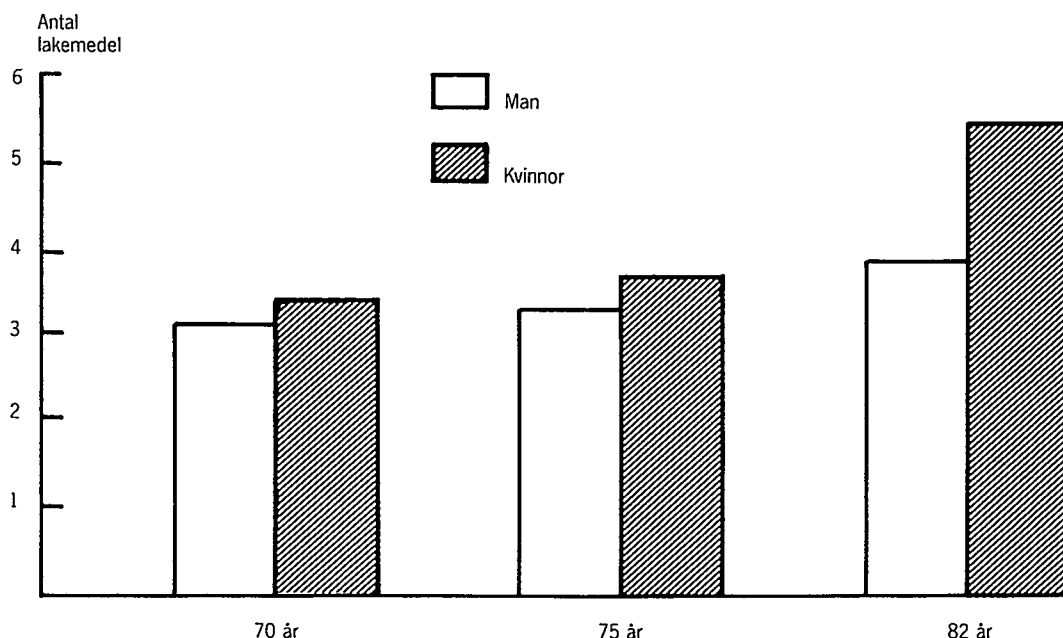
## Samarbete apotek-vårdcentral

Många apotek kommer, i samband med aktiviteten, att ta kontakt med t ex sin närliggande vårdcentral för att diskutera gemensamma önskemål kring de problem som berör den aktuella målgruppen.

# Ju fler desto svårare.



Det är lätt att göra fel om du har många läkemedel. Fråga oss om råd.



Genomsnittligt antal läkemedel hos äldre.

Från H 70 studien i Göteborg. Landahl S. Acta Med Scand 1987;221:179-84.





# 1991 DIABETESÅRET PÅ APOTEKEN

## Diabetes 1991

LISBETH BOLIN · AINA HÖGLUND

Apoteken genomför varje år informationsaktiviteter till allmänheten om hur läkemedel ska användas på rätt sätt. För 1991 planeras en större informationsaktivitet kring diabetes och dess behandling. Arbetsnamnet för aktiviteten är "Diabetesåret".

### Varför ett diabetesår?

Personer med diabetes utgör en stor kundgrupp på apoteken. Förutom läkemedel använder man också tekniska hjälpmedel och diagnostika för självtest. En person med diabetes har möjlighet att följa sin medicinering själv genom testerna, vilket gör att med bra kunskap kan man själv påverka sin situation.

### Statistik på läkemedel och hjälpmedel

Antalet personer med behandlad diabetes uppgår till cirka 200 000 och försäljningen av snabbverkande insulin svarar 1988 för 87 mkr, medellångverkande 132 mkr och övriga insuliner 29 mkr. Perorala antidiabetesmedel svarar för cirka 100 mkr, varav metformin 11 mkr, glibenklamid 59 mkr, glibizid 21 mkr. Man får diagnostiska produkter för cirka 90 mkr och övriga hjälpmedel för 60 mkr.

### Mål för aktiviteten

Målet för informationsaktiviteten är

- att förbättra servicen till och kunskaperna om sjukdomen hos den som har diabetes.
- att förbättra kunskapen om diabetes och dess förebyggande hos allmänheten.

### Kundundersökning

Vi som förbereder "Diabetesåret" har inledningsvis ställt oss följande frågor

Är apotekens service tillräcklig för kunder som har diabetes?  
Hur fungerar apotekens service till diabetesmottagningar och vårdcentralerna?

Hur fungerar samarbetet mellan sjukvård och apotek?

Hur ser de personer, som har diabetes, på den service de får?

Apoteken har för att få svar på frågorna redan på ett flertal orter etablerat ett samarbete med lokal sjukvård. Som första steg i förberedelserna inför aktiviteten har vi samlat in problem som personer med diabetes upplever. Det har skett genom samarbete med LUCD (Landstingets undervisningscentrum för diabetes i Stockholms län) samt genom intervjuer med vårdpersonal, apotekspersonal och personer med diabetes.

Problemen, cirka 200 st har grupperats i följande områden

- patientens personliga situation
- sjukvårdens service
- apotekens service
- kunskap om komplikationer
- kost
- motion

- fotvård
- läkemedel
- tekniska hjälpmedel

Som metod för analys och värdering av problemen har vi valt att använda oss av sk PDS-teknik (Problem Detection Study).

Problemen (cirka 50 st) som väljs ut av apoteken och sjukvården tillsammans, sammanställs till enkätformulär som sedan besvaras av personer med diabetes. Personerna rangordnar då problemen utifrån sin upplevelse, om det är ett stort resp litet problem.

### Pilotförsök

Tre lokala PDS-undersökningar har under våren 1989 genomförts, i Hisingbacka, Kramfors och Norrköping, i samarbete mellan apoteken och sjukvården. 150 enkäter delades ut och svarsfrekvensen blev cirka 61%.

Resultat från pilotförsöken

De högst prioriterade problemen blev följande:

- man saknar ett informationsblad om sårbehandling för diabetiker
- man saknar informationsmaterial om vad en diabetiker kan äta
- man känner sig begränsad av sin sjukdom
- man saknar kunskaper om hur man skall kunna förebygga komplikationer till sjukdomen

Resultaten har redovisats på läkardagarna i Örebro i april 1989 och under läkarstämman i Älvsjö nov/dec 1989. Flera läkare och sjuksköterskor från olika delar av Sverige anmälde där intresse för lokala studier. Apoteken kommer därför under våren 1990 att fortsätta ta kontakt med vårdcentraler och diabetesmottagningar för att diskutera lokalt samarbete i form av kundundersökningar inför diabetesaktiviteten 1991.

### Uppföljning

Med kundundersökningens resultat som underlag kan apoteken och sjukvården gemensamt besluta om vilka speciella problem man vill inrikta sig på för att förbättra servicen till den som har diabetes, dvs man arbetar mot ett gemensamt mål.

På de tre försöksorterna har man enats om att i första hand utifrån resultatet ta fram en folder om sårvård. Meningen är också att apoteken tillsammans med sjukvården ska ge förslag om innehållet i aktiviteten med utgångspunkt från de gemensamma kundundersökningarna.

Aktiviteten kommer att följas upp med undersökningar om apoteken i samarbete med sjukvården lyckades nå det uppsatta målet.

### Är du intresserad?

Apoteken kommer på flera ställen att ta kontakt med sjukvården för att höra om man är intresserad av att genomföra kundundersökningar. Är Du intresserad – kontakta Ditt lokala apotek.

# Öppen mottagning – ingen modenyck

ELISABETH THORÉN · ANDERS HÅKANSSON

Modet växlar inom medicinen, så också inom allmänmedicinen. Tidigare betonades vikten av god patient-läkarkontinuitet och ett flertal kontinuitetsindex presenterades. Patienten skulle skötas på lägsta effektiva omhändertagandenivå och mottagnings-sköterskan skulle per telefon plocka ut de få patienter som behövde träffa distriktsläkaren. Det skrevs till och med läroböcker i telefonrådgivandets ädla konst. Varje landsting med självaktning gav ut sin egenvårdsbroschyr. I primärvårdsområdet skulle vården planeras allt efter befolkningens karaktäristika.

Nu har pendeln svängt. Slagordet heter service. Vården skall vara på patientens villkor. Den skall finnas nära och framför allt vara lättillgänglig. Cityakuter växer upp som svampar ur jorden och jourlediga lasarettsdoktorer flänger runt i sina jourbilar. Landstingspolitikerna låter patienterna välja vårdcentral och lovar pengarna tillbaka vid väntetid. Primärvårdens svar i serviceeran blir den öppna mottagningen, dit patienterna kan komma när som helst för vad som helst.

Ovanstående beskrivning är möjligen lätt karikerad, men innehåller också en del sanningar. Efter att i ungefär 2½ år ha arbetat med öppen akutmottagning ville vi närmare studera fenomenet. Vilka patienter sökte sig till den öppna akutmottagningen och vilka problem hade de? Vad tyckte patienterna om verksamheten? Vad tyckte personalen? Kom många patienter i onödan?

**Nyckelord:** Akutvård, attityder, intervju/enkätundersökningar, öppen mottagning

Rickard Fuchs

## Doktor Truls dagbok



Doktor: Det var allt tur att ni kom genast.

Patienten: Varför det?

Doktor: Hade ni väntat tills i morgon hade såret varit läkt.

### Material och metod

I upptagningsområdet för vårdcentralen Teleborg bor ungefär 11500 människor. Befolkningen är jämförelsevis ung med många yngre och medelålders föräldrar med småbarn respektive tonåringar. På vårdcentralen finns 4,5 distriktsläkartjänster fördelade på 6 läkare. Ofta tjänstgör också en utbildningsläkare på vårdcentralen.

Öppen akutmottagning infördes i februari 1987. Bakgrunden var goda erfarenheter av sådan mottagning under sjuksköterskestrejken samt en pressad arbetssituation för telefonrådgivande mottagnings-sköterskor med en tidvis mycket dålig telefontillgänglighet. Patienterna får, utan att ha beställt tid, komma till vårdcentralen mellan 09.30 och 11.00, måndag-fredag. Oftast arbetar mellan tre och fem läkare med den öppna akutmottagningen varje dag och vanligen är mottagningen tom vid lunchtid. Patienten avgör själv vad som är akut. På eftermiddagen rekommenderar vi liksom tidigare tidsbeställning även för akutfallen.

Undersökningen genomfördes under två veckor i september 1989. Den bestod av en patientenkät (7 frågor),

en personalenkät (5 frågor) samt ett läkarformulär avseende de patienter som sökte akut. Patientenkäten delades ut till alla patienter som sökte på vårdcentralen under studieperioden.

Läkarebemanningen på den öppna akutmottagningen var under de två veckorna något bättre än genomsnittet. Under två dagar deltog tre läkare och övriga dagar deltog fyra eller fem läkare. Läkarebemanningen på den tidsbeställda eftermiddagsmottagningen var däremot något sämre än genomsnittet.

### Resultat

Under den öppna mottagningens två första år ökade antalet läkarbesök på vårdcentralen med 37 procent upp till en nivå på ett läkarbesök per invånare och år. Senaste året har ingen ytterligare ökning skett. Under perioden januari-oktober 1989 var antalet besök på den öppna akutmottagningen i genomsnitt 113 per vecka. Det högsta antalet besök per dag var 42.

Under den studerade tvåveckorsperioden var antalet läkarbesök 413, varav 225 (54 procent) på öppen akutmottagning, 35 (9 procent) tidsbeställda akutbesök och 153 (37 procent)

vanliga tidsbeställda besök. Antalet besök per dag på den öppna akutmottagningen varierade mellan 14 och 31. De yngre och medelålders vuxna var något överrepresenterade bland de akutsökande, men i övrigt motsvarade åldersfördelningen på den öppna akutmottagningen i stort åldersfördelningen i befolkningen.

#### Patientenkäten

Svarsfrekvensen för patienterna på den öppna akutmottagningen var 58 procent och för de övriga patienterna 62 procent.

Endast 10 procent av patienterna på den öppna akutmottagningen hade vid det aktuella sjukdomstillfället föredragit tidsbeställd mottagning. Majoriteten av dessa patienter hade dock endast varit beredda att vänta ett dygn.

Tiden från anmälan i receptionen till kontakten med läkaren var mindre än en timme för 84 procent av patienterna på den öppna akutmottagningen. De flesta fick vänta mer än 30 minuter. Endast ett fåtal fick träffa läkare inom 15 minuter. Detta kan jämföras med den tidsbeställda akutmottagningen, där 75 procent omhändertogs inom 15 minuter och ingen fick vänta mer än en timme. De flesta patienter tyckte acceptera en väntetid på upp till 60 minuter. Flera av dem som fick vänta mellan 30 och 60 minuter har till och med kommenterat att väntetiden var kort.

På den öppna akutmottagningen fick 30 procent av patienterna träffa samma läkare som vid tidigare tillfälle. Motsvarande siffra på den tidsbeställda akutmottagningen var 50 procent. Av dem som fick träffa en ny läkare tyckte cirka 75 procent, att detta inte spelade någon roll eller att det rent av var positivt.

Hela 90 procent av patienterna var nöjda med sitt besök på den öppna akutmottagningen. Resten var varken nöjda eller missnöjda. Ingen sade sig alltså vara missnöjd. Hos dem som ej var helt nöjda med sitt besök, kunde man endast i några enstaka fall utläsa att detta berodde på att väntetiden var för lång.

Det som genomgående värderades högt av patienterna var ett vänligt bemötande från personalen, samt att läkaren tog sig tid, lyssnade och engagerade sig.

#### Läkarbedömningen av akutpatienterna

Av de 225 patienter som sökte på den öppna akutmottagningen bedömdes 33 procent som akuta och 46 procent som halvakuta. Enligt läkarbedömningen var 15 procent ej akutfall, medan 3 procent borde kunnat handläggas av sköterska och resterande 3 procent klarat sig med egenvård. Frekvensen "onödiga besök", enligt läka-

rens bedömning var densamma oberoende av om patienten själv eller sjuksköterskan bedömt vårdbehovet. Fyra patienter kunde enligt läkarens bedömning ej tas om hand adekvat på den öppna akutmottagningen. De borde i stället ha kommit på tidsbeställd mottagning.

Ojika typer av luftvägsinfektioner var vanliga på den öppna akutmottagningen. Hela 31 procent av patienterna fick en sådan diagnos och av dessa fick 42 procent antibiotikabehandling. Den näst vanligaste diagnosgruppen var sjukdomar i rörelseapparaten, som svarade för 21 procent av diagnoserna. Akutremiss till sjukhuset skrevs på 3.5 procent av den öppna akutmottagningens patienter.

#### Personalenkäten

Införandet av den öppna akutmottagningen har påverkat arbetssituationen för samtliga personalkategorier.

Sjuksköterskorna på mottagningen, distriktssköterskorna och undersköterskorna på distriktet noterade en klar förbättring av sina arbetsförhållanden. Mottagningsköterskorna upplevde tidigare telefonarbetet som mycket pressande. Det var ständiga telefonköer och ont om akuttider. Oftast var det just sjuksköterskorna som fick ta emot patienternas missnöje över detta. Nu är det enkelt för såväl mottagningsköterskorna som för distriktssköterskorna att hänvisa patienterna till den öppna akutmottagningen. Man får mer tid för patienter som ringer enbart för att få råd. Tid frigörs också för andra arbetsuppgifter, t.ex. allergimottagning och diabetesmottagning.

Arbetssituationen för undersköterskorna på mottagningen, sekreterarna och läkarna har försämrats. Arbetsbelastningen är ojämn. Periodvis är det stressigt. Flexibiliteten vid schemaläggning av läkarna blir mindre. Särskilt problematiskt blir det vid oplanerad frånvaro.

Hur har då den öppna akutmottagningen påverkat vårt sätt att sköta vården? Till det bättre, tyckte mottagningsköterskorna, distriktssköterskorna och sekreterarna. Oförändrat eller något sämre tyckte undersköterskorna. Av läkarna tyckte fyra av sex att vården försämrats, en tyckte att den förbättrats.

Samtliga personalgrupper var övertygade om, att patienterna upplevde införandet av den öppna akutmottagningen som en klar förbättring. Majoriteten av personalen vill att den skall finnas kvar.

#### Diskussion

Den öppna mottagningen har kommit för att stanna, inte minst därför att verksamhetsformen tilltalar patienterna. De prioriterar tillgängligheten

framför kontinuiteten, åtminstone vad gäller akutbesök. De accepterar en väntetid på upp till en timme utan att knorra.

Den öppna mottagningen har inneburit en kraftigt ökad patientgenomströmning på distriktsläkarmottagningen. Under de två första åren ökade antalet besök med hela 37 procent. Senaste året har ökningen avstannat. Självklart har detta inneburit en ökad arbetsbörda för mottagningens personal. Således anger såväl läkare som undersköterskor och sekreterare, att arbetssituationen försämrats. För framför allt mottagningsköterskorna, men även för distriktssköterskorna, har arbetssituation i stället förbättrats.

Den öppna mottagningen tycks inte innebära, att många patienter kommer "i onödan". Enligt läkarens bedömning var hela 79 procent av patienterna på den öppna mottagningen i behov av akut eller halv akut läkarbedömning. Endast 6 procent hade klarat sig med sköterskeråd eller egenvård. Frekvensen av "onödiga besök" var densamma oberoende av om patienten själv eller sjuksköterskan bedömt vårdbehovet.

Våra övervägande goda erfarenheter av öppen mottagning stämmer väl med övriga publicerade svenska resultat. I Kopparberg (1,2) började man med öppen mottagning samtidigt som vi och av väsentligen samma skäl. Där har man öppen mottagning hela dagen och vanligen arbetar en läkare per dag med dessa patienter. I Boden (3) arbetar man efter en modell som påminner om vår, och deras erfarenheter liknar våra. Dock har man där noterat en ökande kontinuitet sedan man började med öppen mottagning. I Stockholms innerstad (4) har samtliga läkare på två vårdcentraler öppen mottagning 1-2 timmar varje vardag. I Malmö (5) provade man under en månad öppen mottagning en timme per dag i ett område med låg primärvårdsutbyggnad.

Det har också framförts kritiska synpunkter på fenomenet öppen mottagning (6, 7). Vad beträffar patientenkäten ligger svarsfrekvensen runt 60 procent. Enkäten besvarades helt anonymt och innehöll endast sju frågor. Därför borde svarsfrekvensen varit högre. Rimligen är det så, att de som hade bestämda åsikter om den öppna akutmottagningen, antingen positiva eller negativa, svarade på enkäten, medan de mera liknöjda lät bli att svara. Vi tror inte att det stora bortfallet hade kunnat påverka huvudresultatet, nämligen att patienterna tycker om den öppna mottagningen.

Också bland personalen är man övertygad om att patienterna tycker om den öppna mottagningen. Därför är man beredd att fortsätta med verk-

# Naturligtvis

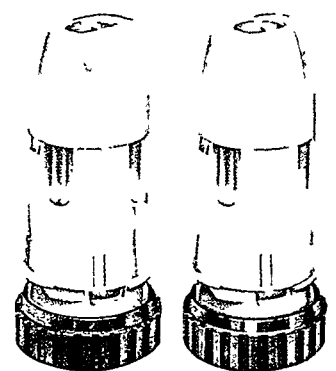


Fler och fler inser fördelarna med Turbuhaler®, både Bricanyl® och Pulmicort®. Inte bara i Sverige, utan världen över.

Och det är lätt att förstå, eftersom man dels lär sig den snabbt, dels slipper få i sig drivgaser som freon

eller andra tillsatser, som kan irritera luftvägarna. Det enda man märker är effekten. Turbuhaler innehåller enbart ren, aktiv substans som man andas in. På ett naturligt vis.

Turbuhaler, naturligtvis.



## TURBUHALER<sup>®</sup>

Bricanyl<sup>®</sup> Turbuhaler – bronkodilaterande (terbutalin)  
 Pulmicort<sup>®</sup> Turbuhaler – inhalationssteroid (budesonid)

samhetsformen, även om den för många personalgrupper inneburit en klart ökad arbetsbelastning.

Vi tror att vår form för öppen mottagning innebär en god kompromiss mellan tillgänglighet och kontinuitet. På morgonen finns plats för personalmöte, men också för de patienter som behöver komma fastande eller av annan anledning vill ha en morgontid. På förmiddagen i övrigt arbetar vi hårt med akutfallen. Patienterna förstår att man många gånger får träffa en ny läkare och att besökstiden med nödvändighet ofta är begränsad. På eftermiddagen tar vi i lite lugnare takt hand om de tidsbeställda patienterna och varken doktor eller patient behöver känna sig stressad. Genom att vi har många deltidstjänstgörande läkare, och flertalet av dessa föredrar förmiddagstjänstgöring, har vi också tid för våra sidoaktiviteter på förmiddagarna. Det gäller mödrahälsovård, barnhälsovård, skolhälsovård, hemsjukvård och sjukhem. Tid för pappersarbete finns före dagens slut och ibland också före lunch.

Avslutningsvis tror vi, att vi funnit

en bra kombination av nytt och gammalt. Öppen mottagning i snabbt tempo under del av dagen – tidsbeställd mottagning i lugnare tempo i övrigt. God tillgänglighet för de patienter som vill komma till snabbt – och möjligheter till god kontinuitet för de patienter som föredrar att träffa samma läkare. Efter tre år med öppen mottagning orkar personalen fortfarande med det hela – vi har inte bränt ut oss.

Allra sist ett par funderingar: Vem bedömer bäst om patienten behöver träffa läkare – patienten själv eller sjukvårdspersonalen? Är det så, att vi lär patienterna att söka allt tidigare för väsentligen självläkande åkommor? Svaret på den första frågan är nog givet, medan svaret på den andra frågan tål att tänka på.

### Referenser

1. Eriksson M, Falck G, Hajslund P. "Öppen mottagning" vid vårdcentralen, bot mot ineffektivitet i Kopparberg. Läkartidningen 1987; 84:3800-2.

2. Eriksson M, Falck G, Hajslund P. I Kopparberg har öppen mottagning kommit för att stanna! Läkartidningen 1988;85:2150.
3. Widäng K. Björknäsmodellen – öppen mottagning hos distriktsläkare. AllmänMedicin 1987;8:114.
4. Larsson S, Sjönell G, Berglund H et al. Öppen mottagning i Stockholms innerstad – erfarenheter från två vårdcentraler. Läkartidningen 1988;85:1023-4.
5. Henningsson S, Lindbladh T. Öppen mottagning i Malmö. AllmänMedicin 1989;10:27-31.
6. Haglund G. "Öppen mottagning" – rätt väg för primärvården? Läkartidningen 1988;85:1035-6.
7. Järhult B. Behovet av öppen mottagning. Läkartidningen 1988;85:1400-1.

### Författarpresentation

Elisabeth Thorén, FV-läkare

Anders Håkansson, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Teleborg, Box 5044, 350 05 Växjö.

## Forskning i europeisk allmänmedicin Rapport från EGPRW-möte i Ungern

ANDERS HÅKANSSON

*Som nybliven nationell representant, rapporterar jag här från mitt första möte med EGPRW, en sammanslutning av forskande europeiska allmänläkare.*

**Nyckelord:** Allmänmedicin, kongressrapporter, EGPRW, Ungern

EGPRW – en synnerligen tungvrickande förkortning – står för European General Practice Research Workshop, en sammanslutning av forskande allmänläkare från flertalet europeiska länder. Sedan 1974 har man haft årligen återkommande möten, oftast såväl vår som höst, i de olika deltagarländerna. Som nybliven svensk representant bevistade jag, under tiden 24-27 maj, EGPRW-mötet i Rackeve, en liten stad med ungefär 8000 invånare, belägen knappt fyra mil söder om Budapest.

För den som vill veta mer om EGPRW och dess historia, finns en relativt aktuell översikt (1). Här vill jag bara presentera verksamheten genom ett citat från stadgarna: "The



Utanför slottet i Rackeve – platsen för vårens EGPRW-möte.



aims of the EGPRW are to encourage research, to foster and coordinate multinational studies, to exchange experiences and with it develop a validated international scientific base for general practice". I AllmänMedicin har tidigare svenska representanter presenterat sina erfarenheterna av EGPRW (2-5).

#### Dåligt ungerskt deltagande

Tyvärr var möjligheterna att lära känna den ungerska allmänmedicinen små. Endast två allmänläkare från värdlandet deltog i mötet. Maria Szatmari påpekade, att i dagens Ungern, är intresset för politik mycket större än intresset för vetenskap. Dessutom är inflationen hög och det direkta patientarbetet lönar sig bättre än forskningen.

I teorin blir man i Ungern specialist i allmänmedicin efter två år på sjukhus och fem år i allmänpraxis. I praktiken kommer emellertid många allmänläkare direkt från universitetet. Således finns ett stort behov av bättre utbildning.

Man strävar också efter ett större folkligt deltagande i hälso- och sjukvårdsarbetet. I ett försöksprojekt i ett par byar har byråden fritt fått disponera allmänna medel för såväl sjukvård som socialvård.

I dagens läge är intresset för folkhälsan dåligt hos såväl läkare som allmänhet. Vad beträffar livslängden, ligger Ungern på 26:e plats i Europa. För att stimulera till preventiva insatser, finns det funderingar på ett nytt lönesystem, där förebyggande åtgärder betalas bättre än kurativa åtgärder.

#### Fria föredrag

I sammanlagt 19 fria föredrag presenterade deltagare – från Tromsö i norr till Madrid i söder – planerade, pågående och avslutade studier. Flertalet hade anknytning till det aktuella mötetets teman, nämligen patient-läkarrelationen och den kvalitativa forskningen.

Från England fick vi höra, att förekomsten av videokamera i mottagningsrummet inte påverkar läkarens uppträdande gentemot patienten på något märkbart sätt. Där planerar man också en studie av "myalgisk encefalomyelit", en för mig ny benämning, motsvarande närmast post-infektiös trötthet, alternativt neurasteni.

I Holland ADB-registrerar man sedan något år basala data om varje läkarbesök hos 41 allmänläkare på 15 mottagningar, med ansvar för 80000 patienter. Vid förfrågan uttryckte endast 10 procent av patienterna oro med tanke på sekretessen. Man har också studerat förekomsten av aktiv kronisk sjukdom i befolkningen. Hela 29 procent led av någon (en eller flera)

kronisk sjukdom och ännu fler (56 procent) hade någon med kronisk sjukdom i sin familj.

I vilken omfattning och på vilket sätt doktorn berättar för patienten om sig själv och sina uppfattningar, hade man undersökt i Spanien. Försök med kvalitetscirkel inom primärvården var temat på ett föredrag från Belgien.

Det i mitt tycke mest intressanta bidraget kom från Norge och hade titeln "Randomized controlled single subject trials in dyspepsia". Man studerade där den enskilde dyspepsipatientens svar på cimetidin. Testperioden var tolv dagar, varvid patienten under sex spridda dagar fick cimetidin i dosering 400 mg x3 och under de andra sex dagarna fick placebo. Patienten fick för varje enskild dag ange hur han mådde. Av patienterna med "non-ulcer-dyspepsi" hade endast 12 procent mindre besvär under dagarna med aktiv behandling jämfört med placebo.

Kvaliteten på de fria föredragen var mycket varierande, såväl vad beträffar innehållet som framförandet. Det fanns perfekta exempel på såväl hur man håller föredrag som hur man inte håller föredrag. Nästan undantagslöst var diskussionerna mellan de enskilda föredragen mycket givande. Man kunde inte undgå att imponeras av framför allt de något äldre engelska gentlemännens inlägg.

#### Tidigare och nuvarande ordförande

I sin avskedsföreläsning pratade förre ordföranden Dag Bruusgaard från Oslo om framtiden för den allmänmedicinska forskningen i Europa. Vi kan inte längre hävda att "small is beautiful" och att "any research is better than no research". Vi måste se till kvaliteten och koncentrera oss på vissa områden där vi blir bäst. Lämpligen använder vi kliniskt epidemiologiska och kvalitativa metoder och lämpligen analyserar vi konsultationen samt gör långsiktiga uppföljande studier i populationen.

Nuvarande ordföranden Michael Kohle från München lyckades inte frammana något större intresse för sina Balint-sessioner. Flertalet mötesdeltagare föredrog att syssla med enskilda aktiviteter, när möjlighet till detta gavs, i det i övrigt mycket späckade programmet.

#### Båtutflykt och bankett

Det sociala programmet bestod av en båtutflykt på Donau på fredagskvällen och en bankett med dans på slottet på lördagskvällen. I fören på båten hade vi trevligt vid det skandinaviska bordet och lät oss imponeras av Budapests många kvällsupplysta broar. Minst lika imponerande var de olika dansstilar som deltagarna visade prov på under banketten.

#### Referenser

1. Bruusgaard D. European General Practice Research Workshop (EGPRW). Is international cooperation worth while? Scand J Prim Health Care 1986;4:238-40.
2. Haglund B. EGPRW-möte i Stockholm, april 1983. AllmänMedicin 1983;4:138.
3. Haglund B. European General Practice Research Workshop – EGPRW. En bakgrundsbeskrivning. AllmänMedicin 1983;4:175-6.
4. Linder B. Reserapport: European General Practice Research Workshop. Möte i Porto, 23-25 maj 1985. AllmänMedicin 1985;6:312-5.
5. Ribacke M. EGPRW – allmänmedicinskt forskarforum. AllmänMedicin 1989;10:226-7.

#### Författarpresentation

Anders Håkansson, distriktsläkare

Postadress: Vårdcentralen Teleborg, Box 5044, 350 05 Växjö

**Stöd  
kampen  
mot  
cancer!**

**Ge ditt bidrag i dag!**



**Cancerfonden**  
pg. 90 1951-4

CANCERFONDEN, BOX 17096, 104 62 STOCKHOLM  
Besöksadress: Swedenborgsgatan 20, Tel. 08 - 772 28 00

# Tre års uppföljning av viktgrupper

LILLEMOR JOHANSSON · JENNY LINDQVIST

Artikeln beskriver tre års uppföljning av 37 patienter som deltagit i viktreduceringsgrupper. Av deltagarna minskade 18 patienter sin vikt, 8 patienter hade oförändrad vikt och 11 patienter ökade sin vikt. En slutsats är att behandlingsomgången bör avslutas efter tre terminer. Viktgruppen övergår då från att vara en arbetande grupp till en trivselgrupp och förlorar därmed sin funktion. Vid behandling av överviktiga personer är det inte enbart antalet minskade kilon som är väsentligt. Förändringen av kostvanor och en förnyad livsstil är också värdefull.

**Nyckelord:** Viktminskning, grupp-terapi, uppföljningsstudier

## Bakgrund

Under de senaste åren har intresset för den egna hälsan och det egna välbefinnandet fått en allt större betydelse. Vi ser det i massmedia, i olika former av motionsaktiviteter och i alla nya butiker för hälsokost.

I januari 1984 startade vi den första gruppen i viktreduktion i Västerhanninge. Utformningen av behandlingen hade vi själva lagt upp med stöd av primärvårdsdietist, distriktssjukgymnast och distriktsläkare.

Behandlingsprogrammet har inneburit en möjlighet för patienterna att träffas en gång i veckan i 20 veckor (1, 2). Därefter har de blivit erbjudna att delta i uppföljningsträffar regelbundet varannan vecka. Vi och gruppen har växelvis ägnat oss åt fördjupning av kunskaper i näringslära, praktisk matlagning och stödsamtal. Vi har också tillsammans upplevt gemenskap och rörelseglädje i simbassängen.

Syftet med utvärderingen har varit att se om långsiktig uppföljning av patienterna ger bestående viktreduktion och om det är möjligt att påverka de faktorer som styr viktnedgången.

## Metod och undersökningsgrupp

Undersökningsmaterialet bestod av tre grupper som startade 1984 och 1985. Alla patienterna kom på remiss till behandlingen. Uppföljningstiden för grupperna var mellan 3–4 år. Undersökningen omfattade de 44 patienter som ingått i behandlingsgrupperna, samt en kontrollgrupp.

Ett frågeformulär, som innehöll frågor om kost och motion, skickades till de 44 gruppdeltagarna i november

1988. Alla inbjöds till ett personligt samtal och samtidig viktkontroll. Under behandlingen registrerade vi vikt, frånvarorsak och annat som varit av betydelse. För att jämföra viktbehandlingsgruppen med en normalgrupp avseende attityder till mat och motion plockade vi ut 17 frågor som en slumpmässigt utvald kontrollgrupp på 49 patienter från en annan vårdcentral besvarade.

Bortfallet var sju personer. Fyra hade flyttat och en avlidit i annan sjukdom. De två övriga hade vi kontakt med, men de ansåg att de deltagit för litet för att kunna tillföra undersökningen något.

Den undersökta gruppen bestod av 37 personer, sju män och 30 kvinnor med en ålder från 31–74 år, medianålder 45 år. Av de undersökta har vi haft personligt samtal med 30 och övriga sju har vi talat med per telefon.

## Resultat

### Deltagarnas BMI

Medelvärde för deltagarnas BMI (se

faktaruta) när de startade behandlingen var 33.4. 13 patienter hade ett BMI över 35, vilket definieras som en grav övervikt. När patienterna hade sin lägsta vikt fann vi ett medelvärde på 31.0. Sju hade ett BMI över 35. När uppföljningen gjordes hade gruppens BMI ökat igen till 32.5 och då låg 12 patienter på BMI 35 eller mer.

### Fakta om BMI

BMI = Body Mass Index

BMI är förhållandet mellan vikten i kilo och längden uttryckt i meter i kvadrat.

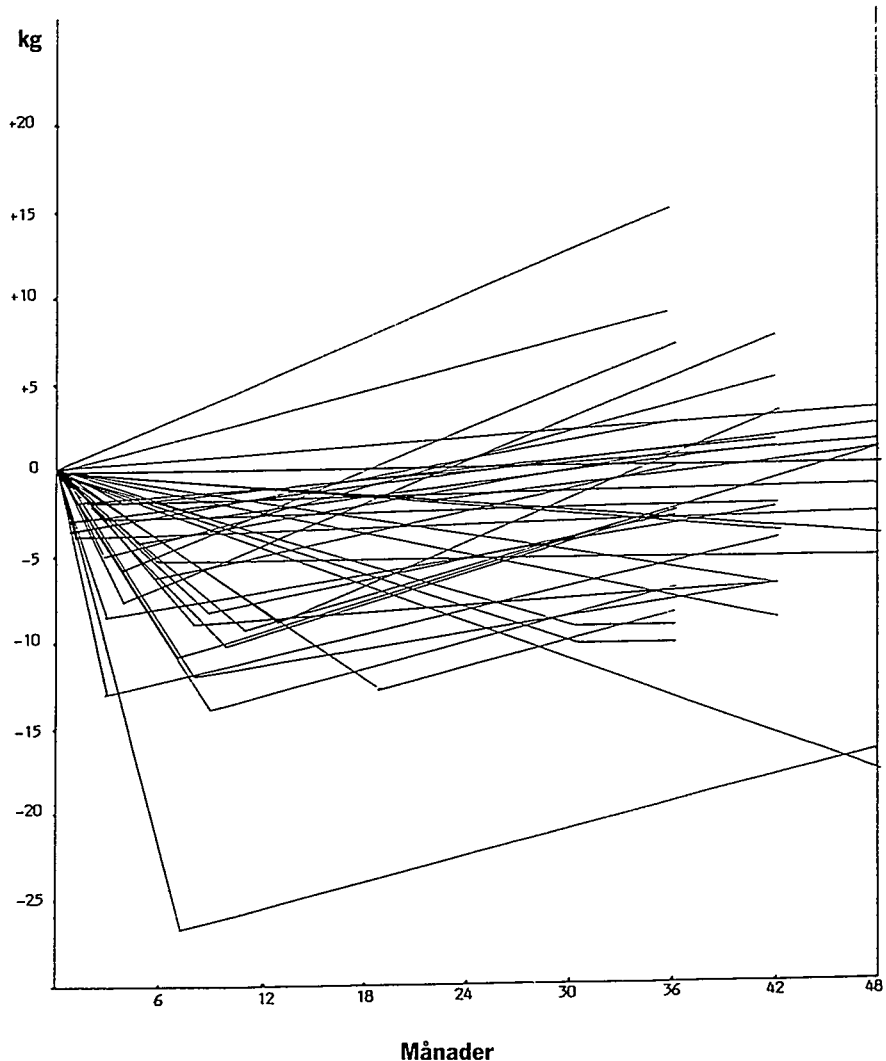
BMI < 20 = undervikt

20–25 = normalvikt

25–30 = måttlig övervikt

> 30 = övervikt

BMI 25 innebär t ex att en person 165 centimeter lång, väger 68 kilo. Vid BMI 30 är vikten 82 kilo för samma person.



Viktförändring i kilo hos deltagarna med lägsta vikt och vikten vid uppföljningstillfället. Kurvorna slutar vid olika tidpunkter, då vi följt deltagarna under olika lång tid mellan 36 och 48 månader.

## Viktnedgång

Den sammanlagda viktnedgången för de 37 patienterna när de vägde som minst var 260 kilo. Resultatet vid uppföljningen var 70 kilo. Viktkurvor för samtliga patienter med lägsta vikt markerad redovisas på Figur 1.

Den tid som det har tagit för våra gruppdeltagare att nå lägsta vikt har varierat från tre veckor till fyra år. Sjutton av dem nådde sin lägsta vikt under de första sex månaderna, och ytterligare 10 inom det första året. Som man ser i figuren slutar kurvorna vid olika tidpunkter. Vi har följt patienterna olika lång tid.

## BMI efter observationstiden

Materialet har delats i tre grupper

- de som ökat BMI >+0,6 (30%)
- hade oförändrat BMI  $\pm 0,5$  (22%)
- de som minskat BMI <-0,6 (48%)

## Antal gruppträffar

Vi har också studerat antalet gruppträffar som patienten deltog i innan de nådde sin lägsta vikt. Fjorton av dem nådde den vikten inom 10 träffar och ytterligare 16 inom 20.

## Attityder till mat och motion

Vi fann att både behandlingsgruppen och kontrollgruppen åt regelbundet frukost, lunch och middag. Det var fler deltagare i behandlingsgruppen än i kontrollgruppen som åt oftare på natten och då de blev nervösare. Flera av dem upplevde att det var svårt att gå på fest. I kontrollgruppen åt man mera godsaker och småkakor men däremot mindre av rotfrukter.

Vid undersökningen framkom att patienterna ändrat sina kostvanor. Det gick åt mindre grädde, margarinpaketet räckte längre och man använde mera rotfrukter och grönsaker än tidigare.

## Motion

Knappt hälften av de 37 deltagarna uppgav att de sällan eller aldrig cyklade eller promenerade 20 minuter per dag. På samma fråga till kontrollgruppen var det cirka en fjärdedel som motionerade i samma ringa omfattning.

## Stöd från omgivningen

Nära hälften av behandlingsgruppen upplevde att de inte fick stöd från sin familj. Likaså svarade 26 av 37 att matlagningen var besvärlig, då alla i familjen inte åt samma mat.

## Diskussion

Känt från tidigare undersökningar är att patienten går ner i vikt den första tiden av en viktbehandling. Vår behandlingssidé var att genom långsiktig uppföljning få patienten att behålla sin lägsta vikt. Hade vi gjort undersökningen efter sex månaders behandling hade resultatet varit lysande.

Resultatet vid undersökningstillfället visar att 18 patienter (48 procent) minskat sin vikt. Vi ser det som en framgång, speciellt om man betänker att många har en grav övervikt. I gruppen oförändrad vikt (8 patienter) finns flera, som har lyckats bryta sin stadiga viktuppgång på 3-4 kg per år. Vårt intryck är att det skett en livsstilsförändring.

Vår erfarenhet är att återfallen till tidigare ätmönster kommer vid semestrar och helger. Speciellt utsatta är patienterna vid olika former av kriser. Det är då bättre att avbryta gruppbehandlingen när inte patienten orkar koncentrera sig på viktminskningsprogrammet och i stället börja om från början vid ett senare tillfälle.

Kontrollgruppen tillstod att de åt godsaker och tänkte mindre på vad de åt. Det är tydligen så att patienter som arbetar med sin övervikt oftare än andra upplever mat som problem.

Gruppsamvaron är av betydelse vid behandling av överviktiga. Gruppen fungerar som stöd och press på deltagarna att presentera en viktminskning. När vänskapen och förståelsen för varandras inbördes problem blir för stor förlorar gruppen sin betydelse i vikt-sammanhang. Den blir istället en trivselgrupp. Detta är ett mönster som går igen i samtliga grupper.

Vi finner därför inga skäl till att behålla grupperna i mer än tre terminer. Vi föreslår i stället att de som ej är tillfreds med sin vikt börjar en ny behandlingsomgång.

## Tankar inför framtiden

Det är viktigt att tid avsätts i vårdarbetet för viktreduktionsbehandling. Många gånger har vi haft ont om tid

för förberedelser till gruppträffarna. En kontinuerlig uppföljning av remitterande distriktsläkaren är av stor betydelse för patienten och för oss som leder behandlingen. Inom fetmaforskning diskuteras idag mera fördelning av fett än antalet kilo övervikt. Fortsättningsvis kommer vi att följa utvecklingen av midja-stusskvot i kombination med BMI-utvecklingen. Riskerna med sk "äppelfetma" är betydligt större än den sk "päronfetman" som kvinnor oftare har (3). För att kunna utveckla viktreduktionsarbetet skulle en centralt fungerande enhet behövas inom landstinget. Där skulle kunskaper och fakta kunna samlas. Olika behandlingsprogram skulle kunna utvärderas samt vidareutbildning och inspiration förmedlas till intresserade av denna typ av arbete.

## Referenser

1. Björvell H. Treatment of Severe obesity. Konung Gustav V, forskningsinstitut, Karolinska Institutet, Stockholm 1985.
2. Rössner S. Boken om fetma. Natur & Kultur 1988.
3. Bengtsson C, Lapidus L. Resultat från en tvärsnittsstudie och prospektiv studie i Göteborg. Hässle information 1988;4:17-28.

## Författarpresentation

\* Lillemor Johansson, distriktssköterska, Västerhaninge vårdcentral.

Jenny Lindqvist, företagssköterska, Konsumentföreningen, Stockholm, arbetade under tiden för undersökningen som distriktssköterska på Västerhaninge vårdcentral.

\* Postadress: Utvecklingsenheten för primärvård, Drakenbergsgatan 39, 117 41 Stockholm.

# Stiftelsen Gävleborgs Allmänläkarfond

## Stipendium 10 000 kronor

att fördelas efter bedömning av ansökan.

Medel kan sökas för forskningsprojekt, utvecklingsprojekt eller studieresa.

Stipendiet kan sökas av allmänläkare eller blivande allmänläkare som är verksamma nu eller har varit tidigare under minst 5 år i Gävleborgs län.

Ansökan sker på särskilt formulär, som kan rekvideras från Läkarhusets Hälsocentral, Staketgatan 32, 803 11 Gävle

**Sista ansökningsdag 15 december 1990.**

# Coxartros och gonartros i glesbygd

ANDERS ÖVERBY · GÖRAN ADEVIK

*I en studie från Västvärmland har frekvensen av artros i knä och höft kartlagts. Kopplingen till övervikt har undersökts liksom hur patienterna mår.*

**Nyckelord:** Knä, höfter, forskning, fetma, läkemedel, artros, coxartros, gonartros

## Inledning

Kopplingen mellan artrossjukdom och diabetes har tidigare påvisats i AllmänMedicin i en undersökning från Koppom (1). Under arbetet med den studien väcktes tanken att läkare gärna inordnar patienterna i fack, där en viss sjukdom kanske anses viktigare än övriga krämpor. Exempelvis "kärlkrampspatient", "blodtryckspatient". Dessa sjukdomar är föremål för stor uppmärksamhet och orsakar förtida död. Att patienten har besvär i knä- eller höftled blir en bidiagnos, "patienten har dessutom". Detta är olyckligt. Sjukdomar i rörelseorganen orsakar mycket lidande, men är ovanliga dödsorsaker (2).

Av ovanstående skäl beslöts att genomföra en studie av artrospatienter. Undersökningen begränsades till artros i knä och höft.

## Patientmaterial och undersökningsmetod

Skönneruds läkardistrikt, Koppom, ligger i västra Värmland. Jordbruksarbete har i gångna tider varit vanligt. Invånarantalet är cirka 3400 personer. En ordinarie distriktsläkare sköter de flesta av läkarstationens patienter med kroniska sjukdomar.

Patientmaterialet utgörs av 115 personer. Under perioden 1989-01-30-07-20 noterades förekomsten av cox- och gonartros hos samtliga patienter som sökte Anders Överby. De flesta patienterna var kallade till kontroll på grund av annan kronisk sjukdom, en mindre del hade själva beställt tid. Förekomst av artros registrerades dels hos dem som hade en redan känd och röntgenverifierad artros (=de flesta), dels hos dem som spontant berättade om artrosmisstänkt smärta i knä eller höft och där röntgen sedan visade artros. Tecken på artros var sänkt ledspringa, subkondral skleros, cystbildning, strukturförändringar i benet och osteofyter. Enbart osteofyter räckte ej för artrosdiagnos.

Följande uppgifter registrerades: ålder, kön, yrke, längd, vikt, artrosbesvärens duration, förekomst av andra sjukdomar, läkemedelsbehandling, nattlig värk, förflyttningshjälpmiddel, gångsträcka, svårigheter att ta

sig till postlådan, att gå i trappa, olycksfall mot ben samt boendeform.

Vissa uppgifter bearbetades statistiskt (chi-2, Student's t-test).

## Resultat

### Prevalens, yrke

Prevalens: Utifrån de här redovisade artrospatienterna beräknades att personer med coxartros enbart eller i kombination med gonartros utgjorde minst 3.4 procent av invånarna mellan 50 och 89 år i distriktet. För övrigt se Tabell I. Motsvarande siffra för gonartros var 6.1 procent. Ungefär hälften hade bilateral sjukdom. Cirka en tredjedel hade arbetat i jordbruk.

### Ålder

Medelåldern för personer med coxartros utan samtidig gonartros var för kvinnor 77.3 och för män 67.4 år. Skillnaden var statistiskt signifikant ( $p < 0.01$ ).

### Opererade

Av alla med coxartros hade 41 procent av kvinnorna och 33 procent av männen genomgått artroplastik. Motsvarande för gonartros var 16 procent av kvinnorna och 9 procent av männen. Av materialets 115 patienter hade 12 fått all känd cox- eller gonartros bortopererad.

### Allmän sjuklighet

Hälften av patienterna hade 3-8 andra diagnoser utöver cox-gonartros, t ex ischemisk hjärtsjukdom (41 procent), hypertoni (31 procent), diabetes och epigastralgi/refluxoesofagit (vardera 14-15 procent).

### Läkemedel

51 procent av alla med cox-gonartros hade 4-14 olika läkemedel samtidigt. Av de 103 patienter som inte hade fått all känd cox- eller gonartros bortopererad, hade 78 procent använt NSAID (exklusive ASA) och/eller receptbelagda analgetika de senaste tre åren.

### Fetma

Coxartros: Materialets storlek och utseende tillåter inte signifikansberäkning.

Gonartros: Se Tabell II. Kvinnorna hade signifikant mer fetma än männen ( $p < 0.01$ ).

### Trauma, nattsmärtor

Hos dem med enbart coxartros hade 15.6 procent haft ett kraftigt trauma mot leden, för enbart gonartros var siffran 43.5 procent. Statistiskt signifikant skillnad ( $p < 0.02$ ).

Nattlig smärta i knä eller höft förekom i 35 procent av hela materialet (de som fått all känd cox-gonartros bortopererad ingår ej).

Tabell I. Grunddata för studiens 115 patienter med cox-gonartros.

	Coxartros	Gonartros	Coxartros + Gonartros
Antal patienter	32	69	14
varav kvinnor	16	45	6
Medelålder, år	72,3	72,9	73,5
Variationsvidd män	52-82	54-88	53-86
kvinnor	61-89	58-88	68-84
Medelvärde för artrosens duration, år	10,8	8,7	Ingår i siffran för cox- resp gonartros
Variationsvidd	0-34	0-34	
Bilateral artros, antal	15	37	Gonartros 6 Coxartros 7

Tabell II. Frekvensen av fetma hos patienter med enbart gonartros. BMI =  $\frac{\text{kroppsvikt}}{\text{längd}^2}$ . Angivna BMI utgör gränsen för fetma enligt WHO.

	Män BMI > 30	Kvinnor BMI > 28,6
Gonartros	3/24 (12,5%)	22/45 (48,9%)

# Vid halsbränna och sur mage...

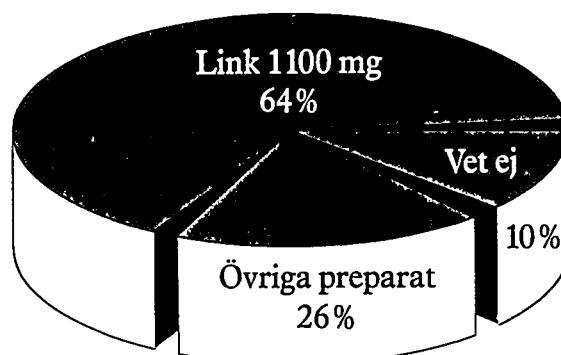


... tycker patienterna bäst om Link.

Av 6 testade antacida, däribland Link, Novalucol och Novaluzid, föredrogs smaken på Link av hela 64%.

Smaktestet utfördes 1988 av ett danskt undersökningsinstitut – AIM – på 375 personer i Köpenhamn och Århusområdet.

**Link** aluminiumhydroxid och magnesiumkarbonat.  
Ett antacidum indicerat för symptomatisk behandling av epigastralgi och halsbränna, ulcus ventriculi et duodeni.



En produkt från A.L Läkemedel AB 08-7169265



## Boende

84 procent av hela materialet (exklusive dem som fått all känd cox-gonartros bortopererad) bodde i sin ordinarie bostad, oftast villa. 10 procent bodde i pensionärlägenhet och 6 procent på ålderdomshem.

## Gångförmåga

De som fått all cox-gonartros bortopererad ingår inte.

Av coxartrospatienterna kunde knappt hälften gå minst en kilometer. Drygt 90 procent av männen med gonartros kunde gå mer än en kilometer, medan knappt 35 procent av kvinnorna kunde det. Skillnaden är signifikant ( $p < 0.001$ ).

Cirka hälften av patienterna med antingen cox- eller gonartros hade svårigheter att gå i trappa. Av dem som bodde i villa hade ungefär lika många problem med att hämta posten. Käpp, krycka eller rollator användes av knappt hälften, rullstol av några få.

## Diskussion

### Prevalens

Prevalensen är en underskattning, eftersom inte hela populationen i nu aktuella åldrar undersökts. Kön fördelningen är den förväntade med coxartros jämnt fördelad mellan könen, medan gonartros är vanligare hos kvinnor (3).

Gonartrosfrekvensen är hög, den brukar vara mindre vanlig än coxartros (4). Det kan bero på att kvinnor (som oftare har gonartros) är mer benägna att söka läkare vid sjukdom och därför blir överrepresenterade i ett material från en läkarmottagning (2).

### Ålder

Coxartros: Kvinnorna var äldre än männen. Incidensen av coxartros är lika för könen (7). Skillnaden kan delvis bero på att kvinnor lever längre än män. Möjligen kan den yrkesbetingade coxartrosen (7) förklara mannens lägre medelålder. Artros anses inte bero på åldrande ledbrosk – flera förändringar är motsatta i artros och åldrande brosk (vatteninnehåll, proteoglykanets utseende) (3).

### Yrke

En tredjedel av patienterna hade arbetat i jordbruk. I sydöstra Sverige är artrosfrekvensen generellt ökad vilket kopplats till jordbruksarbete (4).

### Opererade

Operation av artros hade utförts oftare hos dem med höftledssjukdom än hos dem med knäledssjukdom. Operationsmetoderna är bättre vid coxartros än vid gonartros. Det finns undersökningar som visar, att coxartros kan förbättras, även röntgenologiskt, under en 10-årsperiod (8). Förloppet vid gonartros är ogynnsammare (3).

## Allmän sjuklighet

Den höga allmänna sjukligheten beror på att de flesta patienterna kallats till kontroll på grund av kronisk sjukdom. Flera av patienternas övriga diagnoser har i andra studier kopplats till artros – diabetes (1,7), hypertoni (6), ulcus (5).

Diabetes ger sämre brosktillväxt och mindre proteoglykankomplex (1). Därmed ökar artrosrisken, men en patient med cox- eller gonartros rör sig mindre, vilket kan öka risken för diabetes! NSAID kan höja blodtrycket och ge en koppling artros-hypertoni (9). NSAID kan orsaka ulcus, som också visats kopplad till artros (5).

Över 40 procent av patienterna i Koppom hade ischemisk hjärtsjukdom. Kopplingen övervikt och artros har föreslagits orsakad av olika metaboliska tillstånd (diabetes, hyperkolesterolemi, hyperurikemi med mera) (8). Dessa sjukdomar är i sin tur kopplade till hjärt-kärlsjukdom.

Hälften av artrospatienterna hade 3–8 andra diagnoser samtidigt. Det är då lätt hänt att artros blir en bidiagnos.

### Läkemedel

Att mer än hälften hade 4–14 olika läkemedel samtidigt är bekymmersamt. Risken för läkemedelsbiverkningar är stor, särskilt som medelåldern är hög. Samma gäller för interaktionsproblematiken. Artrosbehandling med NSAID kan komma i konflikt med behandling av andra sjukdomar: astma (anfall), ulcus (sår), hypertoni (tryckstegring). Men det är så här de patienter ser ut som får de läkemedel vilka testas på yngre och friskare patienter! NSAID bör ges i låga doser och potenta medel (t ex piroxicam) undvikas.

Av de patienter som inte fått all känd cox- eller gonartros bortopererad, använde 78 procent NSAID och/eller receptbelagda analgetika. Detta kan bidra till den relativt höga frekvensen epigastralgi/refluxoesofagit. Vissa forskare anser att NSAID kan försämra en artros genom att minska proteoglykansyntesen (10).

### Fetma

Kvinnor med gonartros var oftare feta än männen. En intressant teori är, att östrogen kan vara "chondrodestruktiv" (13). Östrogen kan bildas ur fettväv och ge hyperöstrogenemi hos kvinnor och där får man kopplingen fetma-artros (13).

Detta stämmer med Framinghamstudien (11). Orsaken kan vara, att övervikt ökar den subchondrala styvheten i benet, så att det inte blir lika eftergivligt vid belastning (11). Det mer oelastiska benet vidarebefordrar mer belastning till intilliggande brosk,

som lättare skadas. Detta stämmer med att osteoporos (=motsatsen mot subchondral skleros) är ovanligt vid artros (12). Fetma tycks hindra osteoporos (6). Osteoporosdiagnos fanns i Koppom hos 3.5 procent av all artros. Östrogen skyddar mot osteoporos, vilket var negativt kopplat till artros.

Kopplingen fetma-artros kan också vara metaboliskt betingad, som beskrivits ovan. Fetma spelar en större roll för utveckling av gonartros än för coxartros.

### Trauma

I vår studie fanns signifikant fler personer med trauma mot leden hos gonartros- än hos coxartrospatienter. Detta stämmer med vad andra funnit (6). Djurförsök har visat att en skada på en led kombinerat med övervikt ger stor risk för artros (6).

### Hur har patienten det?

35 procent hade nattlig värk. Ungefär hälften hade problem med trappor, att ta sig till postlådan eller att gå mer än en kilometer. Männen med gonartros var mindre rörelsehindrade än kvinnorna, vilket kan stämma med att gonartros är mer avancerad hos kvinnor (8). Gonartroskvinnornas kortare gångsträcka kan också bero på deras högre BMI.

De flesta artrospatienterna bodde i villa. På landsbygden bor många äldre i gamla hus och får lätt problem med snöröjning och posthämtning. Offentliga kommunikationer finns sällan. Därtill kommer många gånger den rörelseinskränkning som en hjärtsjukdom eller astma ger. Läkaren måste arbeta offensivt och ta initiativ till insatser från distriktsarbetsterapeut (hjälpmedel, bidrag till ombyggnad osv). Fysikalisk behandling är en god hjälp som inte alltid patienten själv spontant efterfrågar.

Det finns anledning att göra tjänstemän och politiker uppmärksamma på hur patienterna har det. Artrossjukdom får idag inte samma uppmärksamhet som hjärt-kärlsjukdom, men är en viktig orsak till försämrad livskvalitet.

### Slutsatser

I det studerade materialet av huvudsakligen återbesökspatienter var gonartros vanligare än coxartros. Statistiskt samband kunde påvisas mellan trauma mot led och gonartros samt mellan övervikt och gonartros hos kvinnor. För många ledde artrossjukdomen till minskad livskvalitet.

## Referenser

1. Överby A. Artrossjukdom vid diabetes mellitus. *AllmänMedicin* 1988;9:229-31.
2. Hälsan i Sverige. Hälsostatistisk årsbok 1987/88. Stockholm: Statistiska Centralbyrån, 1988.
3. Drug Information Committee. Pharmacological treatment of osteoarthritis. Uppsala: National Board of Health and Welfare, 1989. (Socialstyrelsens läkemedelsavdelning 1989;2).
4. Bjelle A (ed). Management of degenerative joint diseases. *Scand J Rheumat* 1982;Suppl 43.
5. Hochberg MC, Lawrence RC, Everett DF, Cornoni-Huntley J. Epidemiologic associations of pain in osteoarthritis of the knee. *Sem Arthr Rheum* 1989;18 Suppl 2:4-9.
6. Felson DT. Epidemiology of hip and knee osteoarthritis. *Epidem Rev* 1988;10:1-28.
7. Moskowitz RW, Howell DS, Goldberg VM, Mankin HJ. Osteoarthritis. Diagnosis and management. Philadelphia: WB Saunders Company, 1984.
8. Davis MA. Epidemiology of osteoarthritis. *Clin Ger Med* 1988;4:241-55.
9. Davix MA, Ettinger WH, Neuhous JM. The role of metabolic factors and blood pressure in the association of obesity with osteoarthritis of the knee. *J Rheumat* 1988;15:1827-32.
10. Brandt KD. Pain, synovitis and articular cartilage changes in osteoarthritis. *Sem Arthr Rheum* 1989;18 Suppl 2:77-80.
11. Felson DT, Anderson JJ, Naimark A, Walker AM, Meenan RF. Obesity and knee osteoarthritis. *Ann Intern Med* 1988;109:18-24.
12. Peyron JG. Epidemiological aspects of osteoarthritis. *Scand J Rheumat* 1989; Suppl 77:29-33.
13. Spector TD, Campion GD. Generalised osteoarthritis: a hormonally mediated disease. *Ann Rheum Diseases* 1989;48:523-7.

## Författarpresentation

\*Anders Överby, distriktsläkare i Skönneruds läkardistrikt

Göran Adevik, företagsläkare vid Västra Sveriges Skogshälsa i Skövde

\*Postadress: Läkarestationen, 670 41 Koppom.

# Irritabel colon

## – två fallbeskrivningar

ELISABETH JAENSON

*Diagnosen irritabel colon leder lätt allmänläkaren in på schablonåtgärder som bulkmedel, antikolinergika och broschyrer med välmenande men ofta snusförnuftiga råd om kostjustering och avstressning. I sällsynta fall drivs omfattande utredningar.*

*Ett annat angreppssätt rapporterades för några år sedan av Ingemar Sjödin och medarbetare från Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. De presenterade en kontrollerad studie med psykoterapi vid irritabel colon (1). Det inspirerade mig att erbjuda min nästa patient med irritabel colon en alternativ väg. Efter att tillsammans med denna patient ha åstadkommit ett lyckat resultat, var jag tillräckligt uppmuntrad för att försöka på nytt några månader senare.*

Nyckelord: Diarré, colit, psykoterapi, irritabel colon

## Första patienten

Den första patienten var en 25-årig förskollärare som kom till mig för akuta luftvägsbesvär. Hon nämnde då att hon "alltid" haft smärtor i mellangärdet, gasbesvär och förstoppning omväxlande med diarré. Hon kunde inte genomföra en måltid utan avbrott för ett eller flera toalettbesök. Hon medgav samband med stress av olika typ. Hon var också medveten om att hon ställde stora krav på sig själv. Det faktum att hon var mindre och smalare än övriga familjemedlemmar, föranledde mig att göra laktosbelastning och tunntarmsbiopsi. Hon fick dock primärt veta min åsikt, att hennes besvär sannolikt var en signal om att något i hennes livssituation inte var bra. När hon sedan ringde och fick besked om normala prover, hade hon varit besvärsfri under semestern men fått återfall så fort hon börjat arbeta. Funderade nu på om hon klarade arbetet. Skulle hon kanske sluta? Vi "slöt kontrakt" om fem samtal à 45 minuter. Hon uppmuntrades att rekapitulera händelser som lett till symtom. Min metod var att fråga "var" och "när" i stället för "hur". Därefter försökte jag få henne att sätta känslöbenämningar på upplevelsena.

Via samtal om konflikter på arbetet kom hon att koncentrera sig på relationen till modern. Hon hade en stark önskan att vara henne till lags, men hade tidigt blivit avvisad. Hon visade under ett samtal, under stor vanda, öppet hat gentemot modern. Hon kunde därefter nå fram till ett accepterande av moderns likgiltighet och medvetet glesa ut kontakten med henne. Hon valde att vara kvar på sitt arbete. Tre månader efter avslutad samtalskontakt, ringde hon på överenskommen tid och sade: "Jag är herre över min mage nu och inte tvärtom som tidigare". Hon hade gles kontakt med modern. Planerade att skaffa barn närmsta året.

Ett och ett halvt år senare skrev hon ett brev ur vilket jag citerar: "Jag försöker vara något mer positiv och inte bry mig så mycket om vad andra tycker. Jag tänker mycket mer på mig själv. Min mor träffar jag endast två till tre gånger om året och det är mer än nog. Mitt liv är väl sig ganska likt. Jag arbetar på samma ställe. Visst skulle jag vilja göra något annat, men det är detta jag kan och jag tycker jag gör det bra. Jag mår mycket, mycket bättre."

## Andra patienten

Den andra patienten är en 50-årig tjänsteman i ett statligt verk. Hon är änka med tre vuxna barn. Hon har varit på vårdcentralen flera gånger på grund av yrsel, nackvärk och tarmbesvär. Hon har haft normala blodvärden, normal röntgen ventrikel och colon, normal rektoskopi. Periodvis tar hon Lunelax på grund av invaliderande diarréer.

Hon kom till mig efter en väninnas död och hade förvärrade besvär. Hon var tvungen att stanna hemma från arbetet, vilket hon annars mycket sällan gjorde. Hon var medveten om att besvären kunde ha psykologisk orsak. Jag erbjöd henne samtalskontakt men hon var rädd att gå in på sina känslor. Hon mindes djupa depressioner efter makens död några år tidigare. Hon tog dock till slut emot erbjudandet om fem samtal med en veckas mellanrum.

Jag fokuserade samtalen på konkreta symtomgivande situationer. Hon kunde då upptäcka de känslor som inte fått utlopp eller som hon inte erkänt. Hon kunde därefter snart verbalisera sina konflikter och finna nya vägar att lösa dem. Hon konstaterade en oförmåga att erkänna egna behov samt en hög kravnivå och svårigheter att uttrycka besvikelse och negativa

**DIFLUCAN 150mg**  
FLUCONAZOL  
Endast en kapsel mot genitala Candida infektioner

Diflucan

Pfizer

Kapslar 150 mg

Antimykotikum för systemiskt bruk

**Deklaration.** 1 kapsel 150 mg innehåller:

Fluconazol, 150 mg, lactos, 146 mg, constit. et color (titandioxid) q.s.

**Egenskaper.** Fluconazol är ett triazol-derivat med fungistatisk effekt, som specifikt hämmar svampens ergosterolsyntes vilket leder till defekter i cellmembranen. Fluconazol är i hög grad specifikt för svampens cytokrom P-450 beroende enzymer. Fluconazol har inte visats påverka serumnivån av testosteron hos män eller steroid koncentrationen hos fertila kvinnor.

Verkningsspektrum omfattar ett flertal patogena svampar inkluderande candida albicans och andra candida-arter, cryptococcus-arter samt dermatofyter. I de kliniska studier som gjorts med Diflucan har ingen resistensutveckling påvisats, men i litteraturen finns ett fall rapporterat.

Fluconazol har efter peroral administrering en biotillgänglighet på mer än 90 %. Absorptionsgraden påverkas inte nämnvärt av samtidigt födointag. Maximal serumkoncentration uppnås i regel efter 1/2 till 1 1/2 timme. Bindningen till plasmaproteiner är ca 12 %. Distributionsvolymen motsvarar den totala kroppsvätskan, 0,7 l/kg. Halveringstiden är ca 30 timmar. Plasmakoncentrationen är proportionell till dosen vilket har visats i dosintervallet 25-200 mg.

Fluconazol utsöndras huvudsakligen via njurarna. 80 % av dosen återfinns i urinen i oförändrad form. Dessutom utsöndras i urinen ca 10 % av dosen i form av metaboliter. Utsöndringen av fluconazol är proportionell mot kreatinin-clearance.

**Indikationer.** Vaginal candidiasis.

**Försiktighet.** Tills ytterligare erfarenhet erhållits bör fluconazol inte ges till barn. **Graviditet.** Kategori B:3 (se FASS). Erfarenheter från människa är begränsade. Vid upprepad dosering i doser som överstiger humandosen har i djurförsök på råttor påvisats ökad intrauterin fosterdöd, en effekt som också påvisats med imidazolpreparat, samt ökad förekomst av urinvägsmisbildningar (hydronefros och hydrouretär).

**Amning.** Uppgift saknas om fluconazol passerar över i modersmjölk.

**Biverkningar.** I kliniska prövningar har upp till 9 % upplevt biverkningar.

Vanliga CNS: huvudvärk

Gt: illamående, magsmärtor

**Dosering.** 150 mg som engångsdos.

Vid reducerad njurfunktion behöver dosen inte justeras eftersom det rör sig om engångsdosering.

**Interaktioner.** Fluconazol interagerar med tolbutamid och warfarin. Fluconazol förlängjer koaguleringstiden hos warfarinbehandlade patienter. Vid samtidig behandling med fluconazol och kumarinpreparat bör en noggrann titrering av antikoagulantia-doserna göras. Fluconazol förlänger halveringstiden av samtidigt givet tolbutamid. Någon effekt på serumglukosnivåerna har dock inte setts.

**Förpackning.** Kapslar 150 mg (vita märkta FLU-150 och Pfizer-symbol). 1 st (tryckpack).

*Ny terapi  
vid genitala  
Candida infektioner!*



En  
enda  
kapsel  
peroralt

Diflucan 150 mg  
fluconazol

Ett originalpreparat från



Box 501 · 183 25 Täby  
Tel: 08-758 0130

känslor inför föräldrarna. Hon började "träna" på att sätta gränser för den osjälvständiga yngste sonen.

Hon konstaterade vid sista samtalet förvånat: "Jag har inte någon diarré!" Hon noterade i stället att hon vid något enstaka tillfälle i samband med en besvikelse haft oro i bröstet. Hon tolkade detta som att "det hela är på väg ut".

Tre månader senare ringde hon som överenskommit. Hon hade inga magbesvär. Ytterligare åtta månader senare kom hon för ett uppföljande samtal. Hon sa då: "Tidigare var jag alltid tvungen att vara nära en toalett. Jag hade alltid ett håll i vänster sida och var rädd att jag skulle bli en stomipatient. Det var ett dolt handikapp. Det blev så stort. Man skriker efter att någon ska ta en i handen och säga: 'Jag håller dig i handen medan du löser upp dina knutar.' Det var så mycket som skulle ut. Jag gick och trodde att jag måste göra så här, annars blir människor ledsna på mig. Nu har jag börjat tänka på mig själv och bry mig om mig själv. Nu känner jag inte krav att räkna till för så många andra. Jag har löst upp knutarna jag hade inom mig. Jag lever ett fullständigt normalt liv. Det går inte att jämföra med hur det var tidigare. Nu gör jag det jag vill och inte jag tror jag måste!".

#### Mina insatser

Jag har mött två kompetenta och intelligenta kvinnor som båda haft mer än 10-åriga periodvis invalidiserande kroppsliga besvär. De hade fått ett

traditionellt bemötande i sjukvården, där doktorn var den aktiva och patienten den passiva. De hade inte botats och bara fått tillfällig lindring genom sedvanliga medicinska åtgärder.

Genom att nu i stället visas på alternativa möjligheter som tillvaratog deras egna resurser att formulera negativa och delvis förbjudna känslor, kunde dessa kvinnor på kort tid bli "herrar över sina magar". Förbättringen blev bestående under hittills 1.5 respektive 2.5 års uppföljning. Min bedömning är att detta goda resultat är en följd av att de själva aktivt åstadkom förändringen i sina liv.

Insatserna från min sida var begränsade. De bestod för det första av tankar runt en artikel. Därefter ett beslut att styra över åtgärderna mot den psykologiska bakgrunden till de kroppsliga besvären. Därefter att under fem gånger 45 minuter lyssna till vad patienter uttryckte med sina symtom, finnas till hands och acceptera de kraftiga känslor som kom till uttryck under samtalen.

Sedan kan man ju bara spekulera över vilka kostnader och vilket lidande dessa kvinnor besparats om de tidigare fått chansen att komma i närtakt med sina alltför höga självkrav, besvikelser och andra olösta konflikter.

#### Utmaning eller skyldighet?

Det är en utmaning för oss allmänläkare att tidigt hjälpa denna kategori människor som kommer till oss. För den som vill anta utmaningen, behövs

först och främst ett intresse att se "människan bakom patienten". Intresset måste sedan följas av träning i aktivt lyssnande, samtalsmetodik, kommunikation och empatiskt bemötande. Att med ljud- eller videobandspelarens hjälp återuppleva dagens konsultationer kan utveckla denna förmåga. Andra metoder är kurser i kommunikation enligt Wretmarkmodellen (finns t ex nu i Provinsialläkarfondens regi), att delta i Balintgrupp eller andra handledningsgrupper.

Det är vi allmänläkare som oftast möter människor med mer eller mindre diffusa kroppsliga besvär, där vi anar psykologiska faktorer i bakgrunden. Det är väl då egentligen vår skyldighet att bemöta dem professionellt, det vill säga genom att angripa orsaken. Nästan alltid kan vi vägleda patienten att se ett samband mellan symtomet – yrseln, huvudvärken, magbesvären – och olika stressfaktorer. I många fall möter vi individer med goda resurser att dessutom få insikt i sina konflikter och därefter aktivt ändra sin livsföring.

#### Referenser

1. Svedlund J, Sjödin I, Ottosson J-O, Dotevall G. Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome. Lancet 1983;2:589-92.

#### Författarpresentation

Elisabeth Jaenson, distriktsläkare vid vårdcentralen Granen

Postadress: Grangatan 11, 212 14 Malmö.

# Kokain, aids och öronakupunktur

ROGER SVENSSON

*En verklighetsskildring från Acupuncture Clinic, Lincoln Hospital, 349 East 140th Street, Bronx, New York, USA, där författaren tjänstgjorde två veckor i egenskap av "trainee".*

**Nyckelord:** Abstinensbehandling, akupunktur

Sedan 1974 används öronakupunktur som abstinensbehandling på en öppenvårdsmottagning i New York. Denna akupunkturklinik förestås av dr Michael Smith, psykiater och doktor i akupunktur. Mottagningen ligger i södra Bronx, en hårt sliten stadsdel strax nordost om Manhattan. Befolkningen och patienterna på mottagningen är till största delen färgade, många spansktalande och många puertoricaner. Mottagningen är öppen från 08.30 till 15.30 varje dag, med en halvtimmes avbrott för lunch. Be-

handlingen sker i ett och samma rum, där högst 45 patienter kan behandlas samtidigt. Patienterna sitter under behandlingen. Dagligen behandlas här 150-300 patienter, lika många män som kvinnor. Många kvinnor är gravida, vilket är ovanligt, då flertalet behandlingsprogram i USA inte tar emot gravida kvinnor. Ofta tar kvinnorna med sig sina små barn. Trots det enorma genomflödet av ofta svårt utslagna kokainister och crackmissbrukare, är stämningen i rummet lugn och tidvis nästan rofylld. Många av patienterna är påtagligt nedgångna såväl kroppsligen som socialt och själsligen. En okänd andel är HIV-positiva och en del har utvecklade AIDS-symtom. Provtagning och identifiering är mindre utbredd i USA än i Sverige, varför vissa sannolikt är omedvetna om sin diagnos. I de fall diagnoserna är klara och symtomen utvecklade, försöker man ge behandling enskilt i speciella bås längre bak i rummet. Det är minst

sagt en starkt känslomässig upplevelse att vistas och arbeta i den här miljön.

#### Bakgrund

I början av 1970-talet drev man här ett metadonprogram med liknande uppläggning som de metadonprogram vi nu har i Sverige. Man delade således ut metadon till heroinister, vilka försökte låta bli heroinet. En dag 1974 kom en kvinnlig heroinist för sent för att få sitt metadon. Doktor Michael Smith, som då hade varit i Kina och utbildat sig till doktor i akupunktur, erbjöd henne i stället behandling med öronakupunktur. Kvinnan accepterade och fick sina nålar. När hon kom tillbaka dagen därpå, ville hon inte längre ha metadon utan akupunktur i stället. Detta var starten till nuvarande abstinensbehandling. Metadonprogrammet är nu ett minne blott. All abstinensbehandling ges i form av öronakupunktur. Behandlingsmetoden har spritt sig till cirka 70 olika

ställen bara i USA, men även till Europa. I USA och Canada används öronakupunktur för abstinensbehandling på offentliga och privata behandlingshem, sjukhus, narkomanvårdsprojekt, i indianterritorierna, inom kriminalvård och polis. Det pågår en hel del forskning om denna behandlingsmetod mot abstinens både i USA och England. Flera rapporter visar positiva resultat.

Akupunkturkliniken i Bronx är ur många aspekter den största. Här behandlas fler kriminellt belastade och fler gravida narkomaner än på något annat ställe. I nuläget har man 15 års erfarenhet av den här behandlingsmetoden. Sedan tio år tillbaka är kokain en av de mest utbredda drogerna bland knarkarna i USA. Kokain förekommer i två former, vanligt kokain (som oftast sniffas) och crack (som i regel röks). Båda varianterna är förhållandevis billiga och tillgängliga för gemene man.

#### Akupunkturkliniken i Bronx

Akupunkturmottagningen i Bronx är öppen för allmänheten. Socialt utslagna, utan möjlighet att själva betala behandlingen, får den utan kostnad. I USA förekommer inga tvångslagar typ LVM. Alla knarkare söker "frivilligt". Frivilligheten är som vanligt i högsta grad relativ. En del kommer därför att de är dömda till vårdande åtgärder av domstol. Vissa har skyddstillsyn. Några kvinnor kommer "frivilligt", därför att deras barn är omhändertagna av myndigheterna. Det tas nämligen urinprover på nyfödda barn. Innehåller barnets urin kokain, sker ett omedelbart omhändertagande. Modern får inte tillbaka vårdnaden om barnet förrän hon kan visa, att hon har tagit itu med sina drogproblem på ett tillfredsställande sätt. Många som kommer till mottagningen är abstinenta, en del fortfarande påverkade. Efter några dagars behandling försöker man "knyta upp" patienten till en tre veckor lång regim kombinerad med dagliga urinprover. Urinen analyseras på alla typer av droger. Avseende behandlingseffekt relaterar man i huvudsak till "clean" (ren) eller "dirty" (smutsig) urin. Urinproverna lägger också grunden för en öppen och förtroendefull relation mellan patient och rådgivare. Ingenting behövs tvivla eller övertyga den andre om drogfriheten. Det är också ett utmärkt sätt för de patienter som är dömda till skyddstillsyn, narkomanvård eller de vars nyfödda barn omhändertagits, att gentemot myndigheter visa sin drogfrihet. Så snart som möjligt försöker man också motivera patienterna att delta i NA-möten (Narcotics Anonymous). De patienter som behöver kontakt av socialarbetare får hjälp med detta.

#### Enormt stort behov av behandling

Då kokainmissbruket började sprida sig på allvar i USA, noterade man i dess kölvatten en kraftigt ökad kriminalitet. Många missbrukare som söker, är hårt kriminellt belastade. Det är vanligt med skyddstillsyn och domslut med krav om narkomanvård. Detta skapar långa köer såväl till sjukhus som behandlingshem och avgiftningskliniker. Kriminalvården upptäckte i det läget öronakupunkturkliniken i Bronx. Skyddskonsulenterna beslöt, efter att själva ha provat behandlingen, att låta klienterna gå här i avvaktan på plats inom slutenvård eller behandlingshem. Då missbrukaren efter flera månader så småningom fick en plats, hade man emellertid nått så långt i den polikliniska rehabiliteringen, att slutenvårdsplatsen ofta kunde överlätas till bättre behövande. Den här typen av poliklinisk rehabilitering är således förhållandevis framgångsrik och effektiv.

#### Fördelar och indikationer

Öronakupunktur fungerar på alla typer av abstinens, men kanske bäst vid abstinens med ett dominerande inslag av psykologisk valör t ex vid kokain, amfetamin och nikotin. Fördelarna med öronakupunktur i abstinensbehandling är:

1. Det är en enkel, billig och inert behandlingsmetod. Den har få biverkningar.
2. Man slipper helt, eller kan åtminstone kraftigt minska, farmakologisk behandling. Då många missbrukare som bekant är kraftigt tablettfixerade, underlättas hela abstinensbehandlingen om man kan komma ifrån problematiken runt själva tabletterna.
3. Öronakupunktur är en icke fördömande och praktisk behandlingsmetod. Man har någonting handgripligt att erbjuda patienten som söker med sin förnedran, skam och ångest.
4. Det fungerar. Självklart inte som enda behandlingsmetod i de svårare fallen, men relativt många klarar sig enbart med öronakupunktur.

#### Vetenskapliga bevis saknas än så länge

I egenskap av naturvetenskapligt utbildad och kritiskt tänkande svensk doktor, ifrågasatte jag naturligtvis allt från första stund. Mycket var svårt att smälta och ännu svårare att tro på. Den andra dagen, när jag själv fick börja "träna", blev jag vittne till en händelse som definitivt övertygade mig om behandlingens effekt. Inkom en färgad man i 30-årsåldern, påtagligt abstinent. Han vibrerade i hela kroppen och nästan studsade fram med ryckiga rörelser. Hela pannan var

täckt av svettpärlor. José, en erfaren akupunktör, gick fram till honom. Han talade med mannen lugnt och försiktigt och bad honom att sätta sig ner. Sedan försökte José sätta nålar i öronen, men vid varje försök ryckte mannen till och det var helt omöjligt med nålbehandling för tillfället. Snabbt och skickligt satte då José en nål mitt uppe i huvudet och därefter en nål i vardera tumgreppet. Mannen blev stel och fixerad vid nålarna. Två minuter senare hade han emellertid kopplat av och sjunkit ihop i stolen. José var då snabbt framme och "skruvade" in de vanliga fem nålarna i varje öra. Tre minuter senare sov den nyss så exalterade och abstinente mannen.

#### Det fungerar

Enligt min mening är det ställt utom all tvivel, att öronakupunktur är ett värdefullt komplement till all annan abstinensbehandling. Forskning pågår och resultaten från USA och England är positiva. Förhoppningsvis dröjer det inte lika länge som det gjorde för vanlig akupunktur att bli erkänd i Sverige, innan socialstyrelsen kan acceptera öronakupunktur som ett komplement vid abstinensbehandling.

#### Författarpresentation

*Roger Svensson, legitimerad läkare och specialist i allmänmedicin, medicinskt ansvarig för vården på behandlingshemmet Runnagården, Örebro.*

Postadress: PI 1250. 713 92 Gyttorp

# SFAMs årsmöte

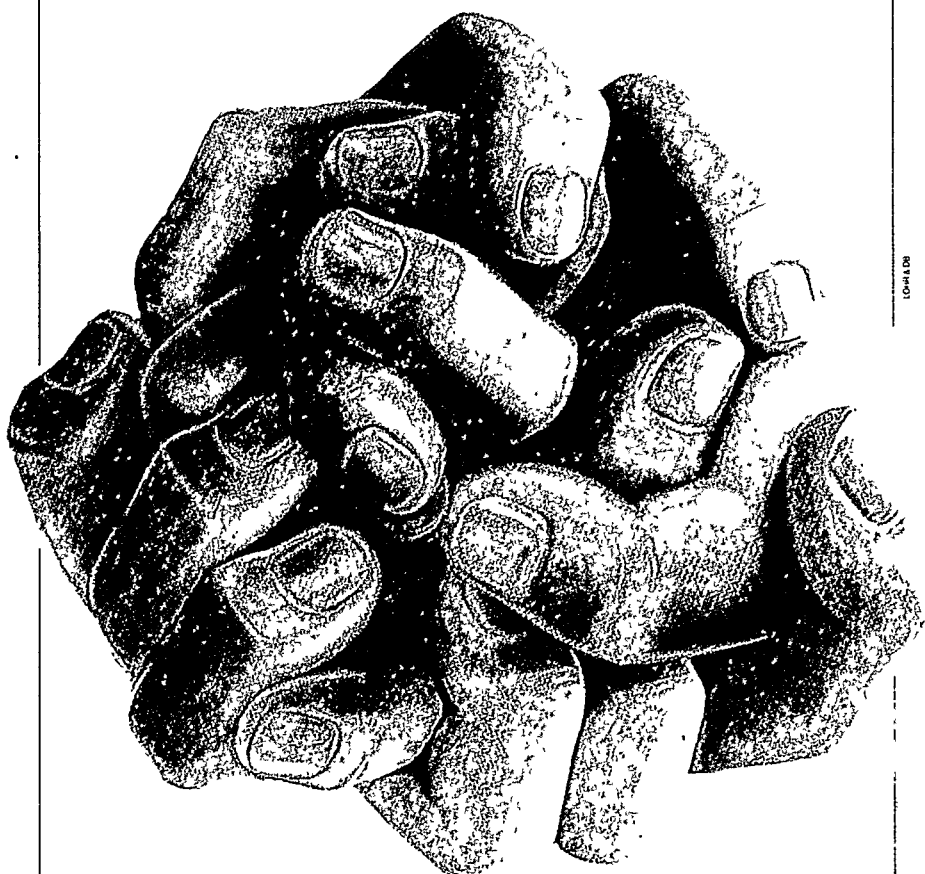
## i Västerås

### torsdag em 8/11



# När ångest slår knut på livet.

Ängslan, ångest och rastlöshet är ett nedbrytande ekorrhjul som många människor hamnar i. När spänningen stiger och själen brister, utlöses ibland psykosomatiska sjukdomstillstånd och många drabbas av sömnsvårigheter.



Vid medicinsk behandling av ångest är Sobril (oxazepam) ett väldokumenterat förstahandspreparat med ångestdämpande och muskelrelaxerande egenskaper. Oxazepam har en enkel metabolism, saknar aktiva metaboliter och elimineras lika snabbt hos gamla som hos unga.

Läkemedelsbehandling av ångest och sömnlöshet bör alltid vara ett adjuvans. Innan ordination sker, är det viktigt med en anamnes angående tidigare missbruk och alkoholvanor. Oxazepam förstärker effekten av alkohol och en kombination bör undvikas. Behandling med Sobril bör vara tillfällig eller intermitterande. Efter längre tids behandling minskas dosen gradvis för att undvika utsättningsproblem.

## Sobril®

Oxazepam, tabletter 5, 10, 15 och 25 mg.  
Dämpar ångest, dag som natt.

△◆ Risk för tillvänjning föreligger. Iakttag försiktighet vid förskrivning.

**KABI**  
Pharma

Tel 08-705 40 00

# Hem blodtrycksmätning – några erfarenheter

HANS ÅBERG · KERSTIN ÅBERG

*En undersökning av hem blodtrycksmätning har gjorts med tre olika blodtrycksmätare, varav två för närvarande tillhandahålls av apoteken. I denna redovisning diskuteras svårigheter rapporterade av de 90 patienter som ingick i studien. Mycken och ofta repeterad information behövs, för att erhålla blodtrycksvärden skall vara någorlunda tillförlitliga.*

*Studien har genomförts med stöd från Apoteksbolaget.*

**Nyckelord:** Blodtryck, egenvård, forskning, blodtrycksmätning

Blodtrycksmätning i hemmet görs av flera olika skäl. Många personer vill göra det. De tycker om att mäta och tycker om apparatur med medicinsk anknytning. Vidare rekommenderas hem blodtrycksmätare av läkare för att kontrollera utfallet av viss terapi och för att värdera blodtrycksnivån utanför läkarmottagningen. Mätning av blodtrycket hemma kan också vara en del av ett icke farmakologiskt behandlingspaket (1) och denna roll kommer troligen att bli än mer betydelsefull i framtiden.

Den nu rapporterade studien hade följande syften:

1. Studera vilka svårigheter som patienterna upplever vid blodtrycksmätning i hemmet.
2. Jämföra tre olika typer av blodtrycksmätare.
3. Undersöka hur överensstämmelsen var mellan patientblodtrycken hemma och mottagningstrycken.

I denna artikel redovisas materialet för studien, dess design och vilka svårigheterna var med de olika blodtrycksmätarna. I en kommande artikel redovisas blodtrycksnivåerna mätta hemma respektive på mottagningen.

## Material och metod

### Studiepopulation

Personerna som ingick i studien, totalt 90, rekryterades på två sätt. Vi ville först ha ett antal patienter där det, efter läkarbedömning, fanns indikation för hem blodtrycksmätning. Vi ville dessutom gärna ha olika åldersgrupper. Fyra vårdcentraler kontaktades om detta. Ett andra sätt var att få tag i frivilliga genom annonsering i lokalpressen. Annonseringen fick ett enormt gensvar. De som först anmälde sig fick vara med. Antalet tillgängliga blod-

trycksmanschetter utgjorde begränsningen.

Studiepopulationen bestod av 90 personer mellan 23 och 79 år. Medelåldern var 55.6 år med en standarddeviation på 13.2 år. Av de 34 männen behandlades 19 med blodtryckssänkande läkemedel, medan motsvarande siffra för de 56 kvinnorna var 31 behandlade. Från vårdcentralen rekryterades 47 personer och via annons 43 personer. Åldersfördelningen i dessa båda grupper var likartad – flest personer fanns i åldersgrupperna 50-59 respektive 60-69 år.

Personerna erhöll slumpvis en av tre blodtrycksmätare. De tre mätarna representerade olika principer. **Disytest** (Speidel-Keller AG, Jungingen, Väst-Tyskland) är en auskultatorisk blodtrycksmätare med stetoskop, **DS-115** (Yamaguchi Medical Instrument Ltd, Osaka, Japan) en oscillometrisk mätare med digital återgivning av såväl tryck som puls och slutligen **Tens-O-Test** (Euro-Diagnostic AB, Fagersta, Sverige) som är helautomatisk, det vill säga med automatisk uppumpning och utsläpp, oscillometrisk och med digital återgivning. Av den sistnämnda hade vi färre exemplar för utlåning, varför antalet med denna manschett blev mindre än med de två övriga.

### Design på studien

Efter initial blodtrycksmätning i vårt undersökningsrum, där mätning gjordes med såväl sedvanlig kvicksilverpeplare som Random Zero Sphygmomanometer (Hawksley & Sons Ltd, Lancing, England), instruerades patienten om en av de ovan nämnda tre blodtrycksmätarna. Med sig hem fick patienten också en för respektive mätare utformad bruksanvisning. De uppmanades muntligen och erhöll skriftlig information om att första veckan ta sitt blodtryck dagligen, morgon och kväll, och därefter tre gånger i veckan, morgon och kväll. De uppmätta blodtrycken skulle föras in i en dagbok. De erhöll också ett frågeformulär, som skulle besvaras efter en veckas användning av blodtrycksmätaren hemma. Återbesök skulle göras efter 1, 2 och 3 månader, varefter studien avslutades. Vid varje återbesök kontrollerades blodtrycken av patienten med den "egna" mätaren och av sjuksköterska (KÅ) med Random Zero Sphygmomanometern. Vid sista besöket fyllde patienten i ett motsvarande formulär med frågor som vid inledningen av studien.

### Resultat

Materialet är mycket lika vad beträffar ålder och kön oavsett varifrån för-

sökspersonerna rekryterades. I studien föll fem patienter snabbt ifrån av olika anledningar. Tre av dessa utgjorde vårdcentralpatienter, medan två kom från annonsgruppen. Av de förra kunde en 66-årig kvinna ej erhålla några värden hemma (**DS-115**). En 26-årig kvinna hade en blodtrycksförhöjning under och omedelbart efter graviditet och detta var skälet till att kontrollera hennes blodtryck en tid. Hon blev oroad av mätningen och ville sluta (**Tens-O-Test**). En 73-årig man med diabetes fick problem med sin mätare (**Tens-O-Test**), då den pumpade upp flera gånger i rad och släppte ut luften mycket långsamt. Detta ledde till punktblödningar i armen. Övergång till **DS-115** blev inte heller lyckosam, då apparaten ofta visade Err, vilket står för att något fel inträffat. Därefter ville patienten upphöra och fortsättningsvis låta andra kontrollera hans tryck. De två som avbröt studien i gruppen som rekryterades via annons, var en 55-årig kvinna, som fick avbryta på grund av annan sjukdom och en 62-årig man, som uteblev utan uppgivet skäl. Ytterligare tre personer ville sluta efter en månad, då alla ansåg det onödigt att fortsätta, eftersom blodtrycken var oförändrade och bra.

Ett antal patienter kunde ej ta blodtryck med viss mätare och bytte därför till en annan. Detta gällde fyra patienter, som övergick till **Disytest**, efter att ha prövat både **DS-115** och **Tens-O-Test**. Även en patient med **Tens-O-Test** övergick till **Disytest**, utan att ha prövat **DS-115**, då någon sådan apparat ej var ledig för tillfället. Däremot var det ingen patient som från början stod på **Disytest**, som avbröt undersökningen. En angav vissa svårigheter att höra, men denna patients blodtryck uppvisade vid samtidig kontroll med Y-koppling identiska värden med våra (KÅ).

Bruksanvisningarna som medföljde de aktuella blodtrycksmätarna tyckte samtliga var bra. De var lätta att förstå och de hade gett tillräcklig information. När det gällde att fästa blodtrycksmanschetten på armen noterade 12 patienter att de haft problem efter 1 vecka och 10 efter 3 månader. Man var osäker på hur hårt man skulle spänna manschetten och hur högt på överarmen den skulle sitta. Flera placerade den också för högt upp vid besöken här. Vidare tyckte man att manschetten var stel och formade sig dåligt efter armen, snurrade runt och var svår att klara med en hand. Dessutom var två av patienterna reumatiker med stela fingrar, vilket ytterligare försvårade för dem.

Själva blodtrycksmätningen gav upphov till många kommentarer, vilka naturligtvis skilde sig åt beroende på vilken blodtrycksmätare man använde. Svårigheterna med Disytest var att läsa av det diastoliska blodtrycket. Det var svårt att uppfatta när pulstönerna försvann. Detta gällde knappt 10-talet patienter. Andra saker som nämndes, var att gummibollen var hård och tungpumpad. Slutligen hade några problem med avläsningen. De ville gärna ha manometern graderad i 10-tal i stället för som nu 20-tal.

Bedömningen av blodtrycksmätning med DS-115 och Tens-O-Test var i stort sett likartad. Olika värden vid upprepade mätningar, störningskänslig och att man ofta inte fick fram något värde uppgavs av 20 patienter. Några tyckte att pipljudet var irriterande.

I Tabell I görs en sammanställning av rapporterade svårigheter med de tre blodtrycksmätarna. Endast två personer ansåg att det var svårt att ta blodtrycket hemma, 4 ganska svårt, 19 ganska lätt och 62 lätt. Siffrorna var i stort sett oförändrade vid enkäten efter en vecka respektive tre månader. Inga nämnvärda skillnader rapporterades vid jämförelse mellan de olika mätarna. Vad gällde hur man fyllde i dagböckerna, liksom compliance till rekommenderat antal mätningar, var detta dåligt. Denna del av studien visade på skillnader mellan den grupp som kom från vårdcentralen och den som rekryterades per annons. De senares dagböcker var genomgående bättre ifyllda, liksom det var lättare att lära dem själva blodtrycksmätningen. Däremot kunde vi konstatera en skillnad när man tog blodtryck i de båda grupperna. Många i den senare gruppen gjorde, utöver de rekommenderade blodtryckstagningarna, även sådana på tider då man utförde något speciellt. Man var nyfiken på att se hur blodtrycket förhöll sig i vissa speciella situationer. Denna tendens kunde inte

Tabell I. Svårigheter som rapporterades vid enkät om hembloodtrycksmätningen utförd efter 1 vecka och efter 3 månader. Svar fördelade på de tre blodtrycksmätare som användes. Siffror inom parentes är antal patienter med respektive blodtrycksmätare.

Typ av svårigheter	Blodtrycksmätare					
	Disytest (33)		DS-115 (34)		Tens-O-Test (23)	
	1 v	3 mån	1 v	3 mån	1 v	3 mån
Förstå den skriftliga instruktionen	0	0	2	1	0	0
Otillräcklig information	0	0	1	0	0	0
Sätta på blodtrycksmanschetten	5	6	3	3	4	1
Läsa av blodtrycket			2	1	1	1
Höra pulstönerna och läsa av blodtrycket	10	6				
Har problem med blodtrycksmätningen	6	4	10	8	8	4
Fylla i dagboken	4	2	4	4	1	1

spåras i dagböckerna från patienterna rekryterade från vårdcentralerna. Möjligen har dessa fått ett intryck av att blodtrycket bör tas med vissa mellanrum, som man brukar göra på mottagningen. På frågan hur mycket man var beredd att betala för att ha en blodtrycksmanschett hemma, var det övervikt för sådana som inte ville betala något eller högst 400 kronor (Figur 1). Det bör tilläggas att Disytest kostar 335 kronor, DS-115 kostar 525 kronor (apotekspris) och Tens-O-Test 1350 kronor (firmapris). Flera framförde som önskemål att blodtrycksmätare borde finnas på vårdcentral för utlåning, t ex vid ändrad medicinering. Det var inga skillnader i viljan att betala mellan olika åldersgrupper. I stort gällde detta påstående också oberoende av rekrytering till studien, så när som på fyra patienter från vårdcentralgruppen, som var beredda att betala 1000 kronor för mätaren,

medan ingen ville detta i annonsgruppen.

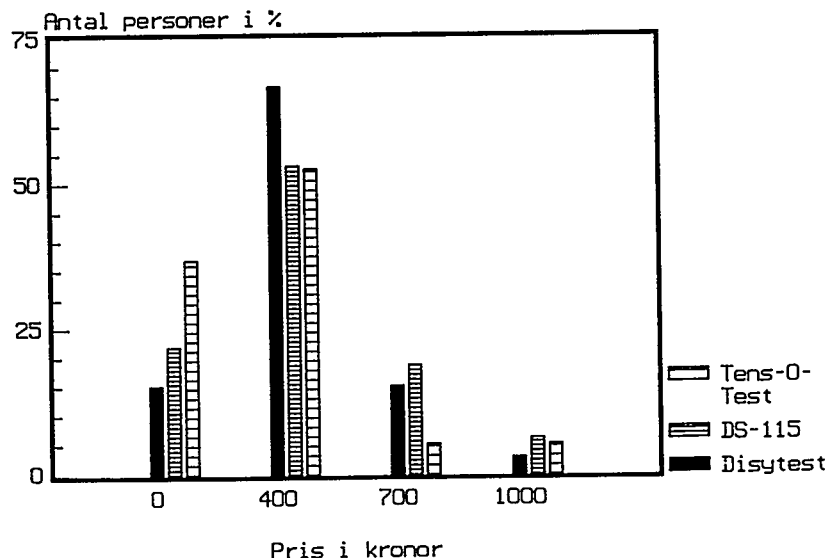
### Diskussion

Studiematerialet var inte oselektat. I såväl gruppen som kom från läkare som den som svarade på annons fanns säkert ett antal, som var mer intresserade av hembloodtrycksmätning än gemene man kan antas vara. Huvudsyftet med studien var emellertid, att se på de svårigheter som uppträdde i samband med hembloodtrycksmätning bland sådana, som ändå var intresserade av att göra den. Det framkom i studien en klar skillnad mellan de olika typerna av blodtrycksmätare. Den som vållade minst bekymmer var den som krävde egen auskultation. Svårigheterna med de oscillometriska var att de i några fall, vid upprepade mätningar, ledde till stor differens mellan de uppmätta blodtrycken. Hos vissa patienter skapade detta oro. Mera svårförståeligt var, att upprepade blodtrycksmätningar successivt visade lägre värden.

Genomgående hade patienterna svårt att tillfredsställande fylla i dagböckerna. Rekommendationerna om blodtrycksmätning hemma hade inte följts. Det visade sig svårt att få patienterna att fylla i systoliskt och diastoliskt blodtryck och puls på rätta ställen. När det dessutom gällde att föra in vilka läkemedel man hade, fanns en hel del ytterligare att önska.

Denna del av studien lärde oss, att blodtryckslistor som används i hemmet kräver en utomordentligt noggrann och repeterad information för att bli användbara.

Informationen om hur man mäter blodtryck är naturligtvis oerhört viktig. I vår studie var detta standardiserat och mycket noggrant utfört. Ny-



Figur 1. Intresserade av att köpa hembloodtrycksmätare i föreslagna prislägen.

# MAGSMÄRTOR.

Patienter med magsmärtor är ofta svåra att diagnostisera korrekt.  
Magkatarr? Gallsten?

# ALKOHOLISM?

För att kunna ställa en riktig diagnos är det viktigt att kontrollera patientens alkoholkonsumtion. Om det kan misstänkas att han eller hon missbrukar alkohol sedan länge, finns det goda grunder att undersöka pankreasfunktionen.

# PANKREATIT?

20% av alla alkoholister med mer än fem års missbruk drabbas av kronisk pankreatit med svåra magsmärtor till följd.

# PANKREON.

(pankreatin)

En första hjälp vid behandling av kronisk pankreatit är substitution med Pankreon-Enterokapslar eller Pankreon Enterogranulat.



Verksamma ämnen: Pankreasenzymer. Indikation är sekretorisk pankreasinsufficiens med malabsorption, t ex kronisk pankreatit. Pankreon finns som enterogranulat (1,6 g pankreatin) och enterokapslar (0,3 g pankreatin).

Meda Kunskap Center erbjuder produkter, terapier, utbildning, kunskap och service inom följande 14 kunskapsområden: Alkoholism, Anestesi/IVA, Dermatologi, Diabetes, Egenvård, Exokrina Pankreassjukdomar, Hörselvård, Kardiologi, Nutrition, Odontologi, Oftalmologi, Ortopedi, Röntgen, Smärta.

ligen har visats, att blodtrycksmätningen i primärvården och sjuksköterskornas metodikkunskap inte är bra. Av 16 väsentliga aspekter på hur metodiken bör vara, hade sjuksköterskan i genomsnitt korrekt kunskap om nio (2). Eftersom många skaffar blodtrycksmanschett på egen hand, är man då hänvisad till de instruktioner som följer med eller eventuellt muntliga som erhålles på apotek eller i sjukvårdsaffär. Det är knappast troligt att dessa kan ge bättre information än sjuksköterskan i ovan nämnda studie.

Den summa pengar som patienten var villig att betala för en blodtrycksmätare efter tre månaders erfarenhet med den visade sig vara liten. Ett rätt stort antal patienter ville över huvud taget inte köpa en för egna pengar. Om detta är representativt för bara den här patientgruppen eller uttryck för en allmän uppfattning i samhället, att sjukvården inte skall kosta något,

eller i varje fall inte mycket, överläts till läsaren att bedöma.

Sammanfattningsvis kan sägas, att även om patienten många gånger uppgav att det var lätt att ta blodtrycket, förekom en hel del problem. Det var svårt att få patienten att fylla i dagböcker på ett riktigt sätt. Vid hanteringen av de olika blodtrycksmätarna förelåg skillnader dem emellan. De mätare som vållade mest bekymmer var de som i praktiken var enklast att använda. De digitala mätarna, som bygger på en oscillometrisk princip, anses vara lätta att hantera, men vår studie visade på motsatsen. Av särskilt intresse vore, om man kunde undersöka värdet av olika blodtrycksmätare när det gäller effekten av hembloodtrycksmätning som ett icke farmakologiskt behandlingsinstrument. En hypotes skulle kunna vara, att en något mer komplicerad blodtrycksmätning, som den auskultatoriska, är mer effektiv i

detta avseende. Detta ligger utanför syftet med denna undersökning.

## Referenser

1. Åberg H, Tibblin G. Addition of non-pharmacological methods of treatment in patients on antihypertensive drugs: results of previous medication, laboratory tests and life quality. *J Intern Med* 1989;226:39-46.
2. Falk J, Haglund J, Hultberg T, Persson J. Blodtrycksmätning i primärvården. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, Linköpings universitet. CMT Rapport 1989:6.

## Författarpresentation

Hans Åberg, professor i allmänmedicin

Kerstin Åberg, leg sjuksköterska

Postadress: Institutionen för allmänmedicin, Karolinska institutet, Diagnosvägen 8 nb, 141 54 Huddinge.

**R**ecensioner

## Hälso- och sjukvårdsrätt

Del 1 (453 sidor)

Del 2 (519 sidor)

BENGT SJÖLENIUS (red)

Lund: Studentlitteratur, 1989.  
Pris: Cirka 280 kronor/ist  
ISBN: (Del 1) 91-44-27831-4  
(Del 2) 91-44-29381-X

Medicinsk juridik har hittills inte funnits samlad i något större verk. Det som har funnits tillgängligt har varit "Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer" av Jan Sahlin och den årligen utgivna "Författningshandboken". Dessa är dock inte speciellt omfattande i sina kommentarer. Nu har det dock kommit, det stora samlingsverket, som rör all medicinsk juridik. Författare är Bengt Sjölenius, som är chefsjurist vid Göteborgs sjukvård sedan 1970, och som lär ha bedrivit en omfattande utbildningsverksamhet på högskolenivå. Planerat är tre delar, varav del 1 tar upp "Personal i hälso- och sjukvården", del 2 "Patienten i hälso- och sjukvården". Del 3 skall behandla "Praktisk sjukvårdsjuridik" och är ännu inte utgiven.

Del 1 fokuserar personalens roll i hälso- och sjukvården. Den innehåller en introduktion om hur författningar, lagar och regelverk byggs upp, samt behandlar ansvaret för hälso- och sjukvård, fördelning mellan stat, kommun och andra intressenter. Författaren beskriver det medicinska yrkesansvaret, det medicinska ledningsansva-

ret, det administrativa ansvaret och allmänna instruktioner, delegeringsförfarande, med mera. Dessutom behandlas läkemedelsförsörjningen och datalagen. Klagomål mot personal inom hälso- och sjukvården och hur dessa hanteras till exempel Lex Maria och HSAN:s roll och arbetssätt samt försäkringssystemet och skadestånd.

"Hälso- och sjukvårdsrätt" del 2 behandlar patientens rätt till hälso- och sjukvård, allmänna bestämmelser om patientens rättigheter och patientens självbestämmande vid frivillig vård, men även tvångsförskrivelser, till exempel LSPV (Lagen om Slutet Psykiatrisk Vård). Innehåller även smittskyddslagen, det ofödda barnets rätt, sterilisering, kastrering, transplantation, obduktion, patientjournalen, intyg, utlämnande av allmän handling, anmälningsplikt och sekretess, kvacksalverlagen, med mera.

Författaren har ansträngt sig att göra det lätt att hitta i böckerna. Varje kapitel innehåller först en kort beskrivning av kapitlets innehåll, därefter kommer en innehållsförteckning för kapitlet och sedan själva kapitlet. Det finns självfallet ett sakregister i slutet av varje bok. Själva författningarna medföljer som bilagor i varje bok. Insprängt finns typexempel på hur olika frågeställningar hanteras inom beredningar, departement och inom Socialstyrelsen. När så erfordras drar författaren fram exempel på beslut från HSAN.

Efter att ha läst igenom båda böckerna får man självfallet intrycket att man möts av en oerhörd mängd information, som den enskilde distriktslä-

karen aldrig har anledning att behöva hantera. Vissa kapitel är av mer intresse än andra. Typexempel är kapitlet om LSPV, patientförsäkring, utlämnande av journal till patient eller anhörig, delegationsförfarande, med flera. Jag tycker att författaren på ett tillfredsställande sätt redogör för dessa bestämmelser. Han har också hunnit få med nya smittskyddslagen, dess uppbyggnad och hur den skall tillämpas och även diskuterat ÄDEL-förslaget kortfattat. Böckerna utgavs i juli 1989. För den enskilde distriktsläkaren blir självfallet böckerna ett uppslagsverk. De är för omfattande för att läsas från pärm till pärm om man inte har speciella intressen i ämnet. Som uppslagsböcker fungerar de tillfredsställande. Författaren har således ansträngt sig för att göra det hela överskådligt och lätt att hitta i. Man kan möjligen kritisera honom för att ibland vara väl mångordig i sina framställningar.

Sjukvården blir alltmer tyngd av juridiska regler, kanske till patientens bästa, kanske ibland till förfång. Man behöver därför, som distriktsläkare, ett större uppslagsverk i medicinsk juridik. Jag tycker att författaren har lyckats med detta och förväntar mig att Hälso- och sjukvårdsrätt (del 1 och 2) kommer att bli ett standardverk på varje vårdcentral.

Kennert Lenhoff, distriktsläkare, primärvårdschef

Postadress: Vårdcentralen, 371 62 Lyckeby

LBO 6579

# Alkohol som sjukdomsorsak

NORDÉN Å (red)

Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1988.  
Pris: 540 kronor. 309 sidor.  
ISBN 91 20 06688 0

Ingen annan kemisk substans torde utöva en mer toxisk effekt på befolkningen än alkohol. Den enorma omfattningen av alkoholrelaterad sjukhusvård och sjuklighet är också väl känd. Alkoholbakgrunden uppdagas dock inte i flertalet fall när patienten söker sjukvård och denne blir då ofta föremål för långa, dyrbara och missriktade utredningar. Med en bättre kunskap om de alkoholrelaterade sjukdomstillstånden skulle säkerligen denna fördröjning i diagnos och adekvat behandling i många fall kunna förhindras.

"Alkohol som sjukdomsorsak" under redaktion av professor Åke Nordén, fyller mot denna bakgrund ett stort behov. Det är den första mer fullständiga sammanställningen på området. Ett stort antal författare som representerar ett 20-tal specialiteter medverkar.

Boken inleds med en allmän del som tar upp bland annat alkoholanamnes, biokemiska markörer och andra metoder för tidigt uppdagande med värdefulla synpunkter för såväl allmänläkare som sjukhusspecialisten. Huvuddelen ägnas sedan åt att från en klinisk utgångspunkt beskriva hur alkoholanor paverkar de olika organsystemen. De komplikationer som beskrivs, kan i regel förekomma utan att något gravt beroende föreligger.

Förutom de klassiska alkoholskadorna på lever, pankreas och nervsystem beskrivs alkoholens inverkan på bland annat infektionsförsvar, hjärtkärl, lungor, mag-tarmkanal, muskulatur, hud, blodbild samt glukos- och lipidmetabolism. Många samband som tas upp är dåligt kända eller tas bristfälligt hänsyn till i vår rutinsjukvård. Fa torde t ex känna till att alkohol är en vanlig orsak till hiatusinsufficiens med refluxbesvär, asymtomatisk parotissvullnad och lungatektaser. När vanliga tillstånd diskuteras, såsom hjärtarytmier och hypertoni, torde många liksom jag slås av hur ofta utredning vad gäller alkoholanor förbises. Salunda anges exempelvis att 10-30 procent av all hypertoni kan ha alkoholrelation. Toxisk jejunit (diarré), kroniska eksem, trombos, bursit och aggravering av diabetesretinopathi är också exempel på alkoholkomplikationer, som torde vara mindre allmänt kända.

Avslutningsvis finns avsnitt om bland annat alkohol och läkemedel, alkohol och kvinnor, alkoholproblem hos äldre och en redovisning av forskning om arv och miljö vid alkoholmissbruk.

Allmänt kan sägas, att boken är lättläst och välskriven. Positivt är också den konsekventa kliniska inriktningen, vilket gör den mycket praktiskt användbar. De flesta kapitel innehåller fallbeskrivningar, som ger framställningen ett levande innehåll. Några avsnitt är veterligen de första mer fullständiga kunskapssammanställningarna som finns på respektive område. Det gäller t ex det intressanta kapitlet om alkoholbetingade sjukdomar i lungor och luftvägar.

Boken ger på ett utmärkt sätt det kunskapsunderlag som krävs för att motivera patienter med begynnande hälsoproblem på grund av alkohol till en minskad konsumtion. Den introducerar också ett "avmystifierat" synsätt på alkoholproblem, som ligger väl i linje med modern behandlingsforskning. Sålunda framhåller man att överkonsumtion av alkohol i regel inte är ett psykiatriskt problem. Man hävdar att i de flesta fall är det tillräckligt med god kontakt, en saklig och kunnig information och en god medicinsk uppföljning. Medicinska fynd och laboratorievärden kan därvid framgångsrikt användas som "feed back" och som ett stöd till minskad konsumtion.

Ett förslag till komplettering i framtida upplagor är en mer grundlig genomgång av enkla interventionsmetoder vid i synnerhet tidiga alkoholproblem och vilken effekt dessa har enligt senare tids behandlingsforskning. Här finns uppmuntrande resultat att redovisa som ytterligare bör öka intresset för ämnet.

Göran Dahl, distriktsläkare, Älvtomta vårdcentral

Postadress: Älvtomtagatan 34, 703 42 Örebro

## Dynamisk psykiatri

CULLBERG J

Stockholm: Natur och Kultur, 1988.  
Pris: 440 kronor. 420 sidor.  
ISBN 91 27 01983 7

I diktsamlingen "Choruses from the Rock" skriver TS Eliot:

"Where is the Wisdom we have lost in Knowledge?

Where is the Knowledge we have lost in Information?"

Raderna kan ses mot bakgrund av var specialiserade tidsanda. Ett massivt informationsflöde når oss varje dag, vi får fakta och kunskaper presenterade, men de är ofta avgränsade och frag-

menterade och irrelevanta. Informationsströmmen speglar vår teknologiska världsbild med dess bakomliggande rationalitet. I denna världsbild har kunskapen förvandlats till information och visdomen gått förlorad. Visa är de människor vars kunskaper är relevanta, de som är integrerade och som menar att kunskapen inte bara är ett poänglöst förråd av information.

Kunskaper integrerade i ett sammanhang blir allt svårare att få ta del av och böcker som sammanflätar kunskaper med existensiella och mänskliga aspekter blir därför som fyrbåkar eller ledstjärnor i en fragmentarisk värld.

Johan Cullbergs bok "Dynamisk psykiatri", som nu givits ut i sin tredje upplaga, är en sådan ledstjärna, en gigant som saknar motstycke i svensk medicinsk lärobokstradition. Bokens stora upplagesiffror och de överlag glänsande recensioner den fått av skribenter ur olika fack, speglar det behov av fördjupning och sammanhang som många söker. Cullbergs språk är speciellt. Med en enkelhet i satsbildning och språkbruk föres tanken till Astrid Lindgrens berättarkonst. I Cullbergs bok finns detta ordval och denna enkelhet även i de svåraste passager och när verkligheten och praktiken skall belysas, får texten ibland en poetisk kraft. T ex i det nyskrivna kapitlet om "Att vara anförvant till en schizofren" berättar Cullberg om familjemedlemmarnas reaktioner, när den sjukes tillstånd blir känt i vidare sociala kretsar. Det är lysande och djupt medkännande.

Ur allmänläkarens synpunkt är boken en verklig kunskaps- och vishetskälla. Det är inte de faktiska kunskaperna som betyder så mycket, utan fastmer Cullbergs ständiga integrering till praxis och till verklighet och den människosyn som han exponerar under läsningen, som blir den stora behållningen. Det är en sann humanistisk livsåskådning som förmedlas och hur väsentligt är icke detta perspektiv i allmänläkarens arbete. Cullberg talar inte så mycket om helhetssyn och psykosociala samband, hela boken är en stor tillämpning av denna människosyn. Därför är boken en nödvändighet på vårdcentralernas bokhyllor. Har Du inte läst boken - gör det snarast. Har Du läst boken - gå tillbaka igen till den och fördjupa Din människokunskap

Bengt Mattsson, distriktsläkare

Postadress, Marnehems vårdcentral, Morkullevägen 9, 902 36 Umeå.





LASIX®  
RETARD®

SVÅR  
Lasix tabletter

MODERAT  
Lasix Retard 120 mg

MÅTTLIG  
Lasix Retard 60 mg

LÄTT  
Lasix Retard 30-60 mg

# Lasix® Retard® eller tiazider (furosemid) vid behandling av hjärtsvikt?

Utgå alltid från samma grundsubstans, genom hjärtsviktens olika faser. Dosen furosemid kan anpassas till önskad diuretisk effekt oberoende av svårighetsgrad.

Tiazider har en begränsad diuretisk effekt. Starta därför med Lasix Retard redan när patienten har lätt hjärtsvikt.

*Lasix Retard i låg dos ger samma mjuka diures som tiaziderna samt mindre kaliumförluster. Lasix Retard är lämpligare än tiazider vid nedsatt njurfunktion och hos patienter med nedsatt glukostolerans – diabetes.*

**Hoechst** 

Svenska Hoechst AB, Lakemedelsdivisionen,  
Box 42026, 126 12 Stockholm Tel 08/190060

Diuretikum, depotkapslar 30 mg: 30 st, 100 st, 250 st. Depotkapslar 60 mg: 30 st, 100 st, 250 st.

BERG LARS JOHAN

GÄSTGIVAREV 16

543 00 TIBRO

734004

*Inaktivering av pepsin*

*Gallsaltbindning*

**NOVALUZID**

*Cytoprotektiva  
egenskaper*

**Hässle  
Möln dal**

*Syranneutraliserande effekt*

# Novaluzid<sup>®</sup> 1-dos. En mångsidig klassiker vid "ont i magen".

Antacidum som innehåller en kombination av aluminium- och magnesiumföreningar.

**Beredningsformer:** Mixtur som binder 8,5 mmol HCl/10 ml. Tuggtablett som binder 2,5 mmol HCl tablett.

**Indikationer:** Symtomatisk behandling vid epigastralgi och halsbränna. Ulcus ventriculi och duodenal.